



*Département d'Orthophonie
Gabriel DECROIX*

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par :

Anne-Gaëlle STRACK

soutenu publiquement en juin 2018 :

**Identification de l'immaturité psycho-affective chez l'enfant,
lors du bilan orthophonique (4-10 ans)**

MEMOIRE dirigé par :

Loïc GAMOT, Orthophoniste, Département d'Orthophonie & CRDTA, Lille

Valérie LEHEMBRE, Psychologue, Département d'Orthophonie de Lille & CAMSP, Villeneuve
d'Ascq

Lille – 2018

Remerciements

Je tiens à remercier mes directeurs de mémoire, Loïc Gamot et Valérie Lehembre, d'avoir décidé d'entreprendre ce passionnant travail , ainsi que de la confiance qu'ils m'ont accordée pour le réaliser.

Merci à Valérie Lehembre de la volonté d'écoute dont elle a fait preuve avec les étudiants durant ces cinq années d'étude.

Je remercie tous les orthophonistes ayant pris le temps de répondre à notre enquête, pour leurs réponses et leurs remarques constructives.

Merci aux orthophonistes de m'avoir reçue en stage durant ces cinq années de formation, me faisant ainsi partager la richesse de leur expertise.

Je tiens à remercier particulièrement Loïc Gamot, qui au-delà de la direction de ce mémoire, a également su être un maître de stage attentif et humain. Je le remercie chaleureusement de sa disponibilité et de son grand professionnalisme.

Résumé :

Les enfants pris en charge en orthophonie peuvent présenter des signes d'immatunité psychoaffective. Cette réalité clinique ne répond pas à une définition précise dans la nosographie actuelle. La littérature décrit l'immatunité affective comme un ensemble d'attitudes inadaptées et correspondant à un âge inférieur au sien. Des difficultés de maturation affective dans le développement de l'enfant peuvent entraîner des contraintes pour l'apprentissage et l'ouverture au monde, entravant la communication. L'orthophoniste est amené à appréhender ces facteurs psycho-affectifs dans sa prise en charge thérapeutique. Il est important pour le thérapeute de pouvoir déceler cette immaturité précocement, lors du bilan orthophonique. Notre objectif est d'abord de préciser la notion d'immatunité psycho-affective, avec un éclairage théorique. Ce travail vise ensuite à mieux connaître les connaissances et les attitudes professionnelles des orthophonistes confrontés à des enfants présentant ces signes d'immatunité affective. Nous avons réalisé un questionnaire envoyé sur une plateforme de réseaux sociaux exclusivement dédiée aux orthophonistes. 460 orthophonistes ont répondu. Les orthophonistes ont exprimé leur intérêt pour le sujet et ont montré une bonne connaissance des traits cliniques liés à l'immatunité psycho-affective. Ils ont apporté leurs témoignages de terrain à notre éclairage théorique. Ce travail est un préalable à la création d'un outil d'identification de l'immatunité psycho-affective lors du bilan orthophonique pour des enfants entre quatre et douze ans, les orthophonistes ayant souligné l'intérêt d'avoir cet outil à leur disposition.

Mots-clés :

Orthophonie, psychologie, évaluation, immaturité affective, pratiques professionnelles

Abstract :

Children in speech therapy may have signs of affective immaturity. This clinical reality does not meet a precise definition in the current nosography. Literature describes emotional immaturity as a set of inappropriate attitudes and corresponding to an age inferior to one's own. Difficulties of emotional maturation in the development of the child can lead to constraints for learning and openness to the world, hindering communication. The speech therapist is led to understand these psycho-emotional factors in his treatment. It is important for the therapist to be able to detect this immaturity early, during the speech therapy assessment. Our goal is first to clarify the notion of psycho-emotional immaturity, with a theoretical perspective. This work then aims to better understand the knowledge and professional attitudes of speech therapists facing children with these signs of emotional immaturity. We conducted a questionnaire sent on a social networking platform exclusively dedicated to speech therapists. 460 speech therapists responded. The speech therapists expressed interest in the subject and showed a good knowledge of the clinical features related to psycho-emotional immaturity. They gave their testimony on the ground to our theoretical lighting. This work is a prerequisite for the creation of a tool for identifying emotional immaturity during the speech-language assessment for children between four and twelve years old, the speech therapists having underlined the interest of having this tool at their disposal.

Keywords :

Speech therapy, psychology, assessment, emotional immaturity, professional practices

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique	2
1.L'immatunité psycho-affective, comme entité nosographique	2
1.1.Classifications et définitions chez l'adulte	2
1.2.Un concept à la croisée de plusieurs champs d'étude	2
2.Le développement psycho-affectif	3
2.1.Théories psychanalytiques.....	3
2.2.Apports de la psychologie du développement.....	4
2.3.La parentalité	5
2.4.Notion de retard psycho-affectif	6
2.4.1.Perturbations du fonctionnement mental de l'enfant immature	6
2.4.2.Un concept transnosographique	8
3.Affectivité, langage, et apprentissage	9
3.1.Relations affectives et langage	9
3.2.La place de l'orthophoniste	10
Méthode	11
1.Population de l'étude.....	11
2.Matériel	12
3.Procédures.....	13
Résultats	14
1.Déterminants professionnels de la population d'échantillon.....	14
2.Les connaissances des participants	15
2.1. Formation initiale	15
2.2. Formation continue	15
3.Intérêt du sujet dans l'exercice professionnel	16
4.Attitudes professionnelles durant le bilan orthophonique pour identifier une immaturité psycho-affective	17
Discussion	20
Conclusion	30
Bibliographie	31
Liste des annexes	36

Introduction

La « Personnalité immature » est classée dans la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement au rang des Troubles spécifiques de la personnalité et du comportement chez l'adulte (CIM 10/ID10, Organisation mondiale de la santé, 1993).

Chez l'enfant, l'immaturité psycho-affective est une réalité clinique plus difficile à définir. Elle ne correspond pas à un concept psychopathologique mais à un retard ou des stagnations dans le développement affectif de l'enfant. Une perspective pathologique ne peut être affirmée chez le sujet jeune en développement, la maturité est en devenir (Marcelli, D., Cohen, D., 2016).

L'immaturité psycho-affective est décrite dans l'observation de comportements inadaptés par rapport à l'âge de l'enfant, correspondant à un âge inférieur au sien. Ces comportements dits « régressifs » sont accompagnés d'un retard dans l'acquisition de l'autonomie et d'une dépendance jugée excessive dans la relation parents-enfants. Cela met en jeu la qualité de l'attachement, souvent prédictrice du comportement à l'égard de l'école et des pairs (Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Halfon, O., 2003).

Un développement affectif harmonieux permet à l'individu l'adaptation aux contraintes de l'environnement. Les difficultés liées à la maturation psycho-affective se révèlent bien souvent lorsque l'enfant est confronté aux réalités de l'école, dans sa dimension de socialisation et de confrontation aux apprentissages (Lafortune, L., Mongeau, P., 2002).

L'orthophoniste est dans cette perspective souvent confronté, en première ligne, à des enfants présentant des signes d'immaturité psycho-affective se traduisant par une symptomatologie liée aux troubles du langage, de l'apprentissage et de l'oralité. Le développement du langage permet l'individuation de l'enfant en tant qu'être différencié et sous-tend une maturation affective permettant à l'enfant le développement des relations interpersonnelles. Il permet l'entrée dans les apprentissages, traduisant pour certains enfants une difficulté d'investissement dans des tâches contraintes (Gibello, B., 2004). L'orthophoniste doit pouvoir repérer ces signes d'immaturité affective et les intégrer dans ses choix d'orientation thérapeutiques. De même, en s'interrogeant sur le rôle de la relation parentale dans le rapport au langage et à l'apprentissage de l'enfant, il pourra proposer des stratégies aidantes d'accompagnement parental (Martin, S., 2000).

L'identification des signes d'immaturité psycho-affective lors du bilan orthophonique est donc une démarche essentielle face à des enfants entre 4 et 10 ans.

Notre contexte théorique s'attache à préciser le concept d'immaturité psycho-affective en rappelant les grandes théories du développement affectif et l'influence de la parentalité. Nous dégageons ainsi les relations entre affectivité, langage et apprentissage, et la nécessaire prise en compte du retard affectif dans la démarche orthophonique.

Ce travail est un préalable à la construction d'un outil d'identification de l'immaturité psycho-affective utilisable lors du bilan orthophonique, particulièrement en anamnèse. Nous avons souhaité faire une analyse des pratiques professionnelles des orthophonistes sur ce sujet. Le but était double : sonder leurs connaissances sur l'immaturité affective, ainsi que leurs pratiques pour la détecter en bilan, et connaître leur intérêt pour le sujet, ainsi que leurs besoins d'un outil adapté. Un questionnaire a ainsi été proposé aux praticiens.

Contexte théorique

1. L'immaturité psycho-affective, comme entité nosographique

Nous reprendrons là le concept d'immaturité psycho-affective dans la nosographie actuelle, en essayant d'en comprendre les enjeux dans la problématique de notre étude.

1.1 Classifications et définitions chez l'adulte

La CIM 10 comprend l'entité nosographique de « Personnalité immature dans la rubrique « Autres troubles de la Personnalité ». Cette présence suggère bien le caractère pathologique de l'Immaturité chez l'adulte. Pourtant, la classification du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ne retient plus cette appellation depuis celle adoptée en 1992 (DSMIII) de « Personnalité dépendante ». L'immaturité n'y est qu'un des traits caractéristiques. Le trouble de la personnalité considéré est centré sur une dépendance affective exagérée (Loas, G., 2013). A partir de cette disparition de l'Immaturité comme entité isolée dans le DSM III, les études et travaux ont dès lors été moins nombreux dans la littérature (Seillier, A., Loas, G., Fréville, C., 2001). Doutheau, C., Dubertret, C., Moutin, P., Barrois C., (1985) proposent une définition basée sur une triade symptomatique : la dépendance affective, l'intolérance aux frustrations et l'immaturité sexuelle. La littérature recense en plus de cette triade les caractères de naïveté, d'agir infantile, le refus de l'engagement et des responsabilités, l'égoïsme ou le narcissisme (Charbonneau, G., 2010). L'immaturité y apparaît comme une constellation symptomatique pouvant colorer tout tableau clinique. De plus, son caractère structural pathologique est encore débattu, l'immaturité psycho-affective pouvant exister chez des personnalités normo-typiques, et pouvant même engendrer des processus créateurs notables (Potier, R., 2006).

1.2 Un concept à la croisée de plusieurs champs d'étude

G. Charbonneau (2010) souligne ainsi la difficulté de lui donner un statut précis au regard de la nosographie, en relevant la nécessité d'établir son diagnostic tant elle entretient de rapports complexes avec les personnalités pathologiques, dont elle peut être parfois le trait primaire. Charbonneau exprime le lien étroit entre l'immaturité psychoaffective et la conscience de rôle, faisant se croiser ce tableau clinique avec les domaines de la psychologie, de la sociologie et de l'éducatif. Il serait donc à supposer que l'immaturité relèverait à la fois du champ psychiatrique et de celui du psycho-éducatif. La question du rôle dans l'identité serait alors inhérente à l'immaturité, un des fondements de l'interaction du sujet avec son environnement. L'immature n'investirait pas son rôle dans la société, dans sa culture et dans son environnement, le champ social étant « un champ de rôles ». Assumer sa condition de rôle serait alors au cœur du processus maturatif (Tagliatalata, C., 2014).

Si le débat est actif chez l'adulte, l'immaturité psycho-affective de l'enfant n'est pas reconnue comme une entité nosographique pathologique. L'enfant a par définition un appareil

psychique immature. Selon Diatkine (2004) , il est toutefois décrit l'existence d'une différence maturative entre les individus, dont certains accusent un retard affectif délétère aux acquisitions chez l'enfant.

Wallon (1945) parle ainsi du développement d'une conscience sociale chez le jeune enfant. Il fait le lien avec le développement cognitif piagétien, « l'intelligence logique » développée par l'enfant étant étroitement liée à l'organisation du monde et l'obligation du lien social. L'orthophoniste replacera ainsi les données cognitives et langagières dans un contexte environnemental et psycho-affectif (Leloup, G., 2007). Les enfants, confrontés à une inadaptation scolaire, sont ainsi amenés vers une rééducation portant sur le rétablissement de fonctions cognitives et langagières plus conformes aux exigences attendues au regard de leur âge. La compréhension de la dynamique de la personnalité et de la dynamique familiale est alors primordiale dans l'approche rééducative de ces enfants (Decobert, S.,Riquier, M., 2004)

2. Le développement psycho-affectif

Nous rappellerons ici les principales théories sur le développement psychoaffectif, selon les traits utiles à notre problématique.

2.1 Théories psychanalytiques

S. Freud (1905) s'avère être le pionnier des études sur le développement du psychisme de l'enfant (Golse, B., 2004). Il distingue différentes phases dans le développement affectif de l'enfant :

- Le stade oral, de la naissance à quinze mois, marque un temps où les intérêts de l'enfant sont encore limités à des gratifications alimentaires ou non alimentaires primaires. C'est une période d'attachement et de non-différenciation où le bébé vit un échange affectif puissant avec une identification au modèle maternel.
- Le stade anal est la période du contrôle sphinctérien, située entre la deuxième et la troisième année de l'enfant. Il confronte l'enfant à l'apprentissage dans sa relation avec sa mère. L'enfant distingue l'objet interne de l'objet externe. Cette période est ambivalente et conflictuelle, dans la mesure où elle se partage entre les exigences de satisfaire la mère et la naissance du sentiment d'opposition. Les comportements d'imitation sont présents et l'enfant est capable de déplacer ses affects vers un objet transitionnel. L'enfant rentre dans une période de socialisation et d'autonomie, la mère ayant créé un sentiment de sécurité suffisant pour lui permettre de pouvoir appréhender le monde.
- Le stade phallique, entre la troisième et la quatrième année, marque une période de curiosité sexuelle infantile. C'est une période narcissique où l'enfant est dans un sentiment de complétude ou d'incomplétude. Le sentiment de réassurance doit être accompagné de la possibilité de mise en jeu des relations sociales, favorisé par le développement des capacités de symbolisation, faute de quoi l'enfant peut être amené à stagner dans cet état narcissique tout en développant des angoisses exacerbées de séparation.
- La phase oedipienne, entre la quatrième et la sixième année, est marquée par une phase de conflit entre les trois personnages familiaux, lui-même, le père, la mère. Freud (1905) parle ainsi de triangulation de la relation d'objet. Nous ne

détaillerons pas ici les caractéristiques bien connues du complexe d'Œdipe mais rappellerons simplement l'importance de ce stade et de son dépassement dans la construction de la personnalité de l'enfant. Celui-ci fondera là, dans son psychisme, une représentation fondatrice du monde et de sa morale. Il permettra de poursuivre l'orientation vers des objets extérieurs, les progrès du Moi, l'identification aux modèles de l'adulte. Une conscience morale interne pourra se construire, ainsi qu'un sentiment de transgression des interdits. Le « Surmoi » s'organise et permet l'acquisition de l'indépendance.

- La phase de latence : cette période, située classiquement entre 7 et 12 ans est marquée par l'extension à l'extra-parental. L'enfant doit parvenir à désorienter ses désirs et déplacer ses buts vers des activités socialement valorisées en dehors du contexte familial. Les pulsions sont déplacées vers des « objectifs plus socialisés » permettant à l'enfant des activités relationnelles et extrafamiliales. Il rentre dans une phase de sublimation qui permettra l'investissement dans les apprentissages.

Anna Freud (1976) poursuit les recherches en pointant le fait que le développement harmonieux du « Moi » est le préalable à toute socialisation. Celui-ci sera permis par le passage au principe de réalité. La mère joue là un rôle fondamental dans la réduction de la satisfaction des désirs, et l'acceptation de la frustration chez l'enfant. Ce passage est indispensable aux conduites d'imitation de personnes extérieures au cercle familial, et donc fondamental pour les apprentissages (Decobert, S., Riquier, M., 2004).

M. Klein (1986) enrichit ces théories en y ajoutant des analyses fondées notamment sur la technique du jeu. Elle décrit une « position dépressive » de l'enfant lui permettant, à partir de 6 mois, de faire le deuil de l'objet primaire, la mère. E.Jones (1969) parle ici de l'inquiétante étrangeté de la réalité externe. Le « Moi » doit pouvoir dépasser les situations d'angoisse générées par la séparation, sans quoi l'enfant pourra être soumis à des mécanismes de régressions.

J.Y. Hayez (2003) dans son *Introduction à la psychopathologie et à la psychiatrie de l'enfant* parle d'« immaturité affective oedipienne » dont il développe la définition dans son chapitre consacré au « Devenir des pulsions et désirs oedipiens dans la suite du développement ». Ce type d'immaturité concerne pour lui des enfants de plus de six ans dont certaines fonctions instrumentales ont parfois tardé à se mettre en place, psychomotrices et intellectuelles. La phase de latence décrite par Freud n'est pas totalement dépassée.

S. Decobert et M. Riquier (2004) soulignent ainsi le rôle de l'école comme révélateur d'un développement affectif plus ou moins abouti, où tous ces mécanismes d'aboutissement du Moi seront révélés.

2.2 Apports de la psychologie du développement

La psychologie du développement s'occupe des changements et des processus de transformation dans le fonctionnement psychologique (Speranza, M., Ouss-Ryngaert, L., 2010). Cette discipline accorde une place prépondérante à l'observation directe et au croisement des données psychiques avec celles des données scientifiques sur le développement biologique et cognitif de l'enfant. M. Speranza et L. Ouss-Ryngaert (2010) montrent ainsi que cette démarche a conduit progressivement à accorder un espace d'étude croissant au système interactionnel entre la mère et l'enfant. Elles démontrent l'apport crucial

de John Bowlby (1973). Celui-ci développa sa théorie de l'attachement sous la forme d'hypothèses vérifiables et de procédures expérimentales. Pour lui, les comportements d'attachement sont présents dès la naissance. Les réponses de son entourage à ces comportements lui permettront ensuite de développer une base de sécurité et une image positive de lui-même. Cette base caractérise selon les travaux de M. Ainsworth (1978) un « attachement sécure » lui permettant d'explorer le monde et de développer ses compétences. Elle distingue ainsi un « attachement ambivalent », avec une manifestation exacerbée de l'angoisse de séparation. La figure d'attachement, en présupposant la mère, y est ambivalente et ne répondrait pas de manière cohérente aux besoins de l'enfant. Les capacités d'adaptation de l'enfant à son environnement sont entravées. Selon Speranza et Ouss-Ryngaert (2010), la théorie de l'attachement est fondamentale car elle a permis le lien avec les théories de développement cognitif post-piagétien. L'interaction mère-enfant serait essentielle dans l'exploration de l'environnement et la découverte des liens logiques. B. Gibello (2004) souligne également les apports de Festinger et de sa théorie sur la dissonance cognitive (1957). Celle-ci est définie par un état de malaise intérieur provoqué par l'obligation de faire un acte contraire à nos aspirations intérieures. Or l'obligation d'une première contrainte, la répétition d'actes contraires à notre volonté, seraient déterminantes dans le remaniement de nos représentations. Ces phénomènes amènent selon Gibello (2004) à s'interroger sur l'acquisition des habitudes dans la petite enfance, et sur les effets et les moyens de l'éducation en général. Dans cette conception, l'expérience interactive se superpose activement à l'expérience intrapsychique (Trevarthen C., Aitken AJ., 2003).

M. Malher (1973) introduit quant à elle le concept d'Individuation-séparation, permettant à l'enfant d'exister comme un être individualisé. Ce processus s'enrichit par l'acquisition de l'autonomie de l'enfant, permise par la figure parentale, et s'exprime par l'exploration du monde et des objets, le langage, le jeu symbolique.

2.3 La parentalité

Ces réflexions croisées de la psychanalyse et de la psychologie du développement ont amené celle-ci à s'interroger sur la parentalité. La peur de l'abandon est ainsi peu à peu atténuée par le dialogue avec les parents, leur vision du monde, le partage d'activités permettant l'appréhension du monde extérieur (Lamboy, B., 2009). D. Thouret (2004) souligne l'implication parentale dans le développement de l'enfant. La disponibilité de la mère, ainsi que la base de sécurité qu'elle aura installée, permettent à l'enfant un développement affectif harmonieux. Ce dernier sera donc étroitement lié aux conditions psychologiques de la mère, ainsi qu'aux conditions matérielles dans lesquelles elle exerce ses fonctions maternelles (Stoleru, S., Lebovici, S., 2004). Dans le cadre d'une dépression parentale, il est décrit des positions maternelles non suffisamment distancées pour permettre l'investissement dans le langage (Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste ; Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., Roy, S., 2009). La mère peut alors entretenir une relation fusionnelle avec l'enfant pour surmonter ses propres angoisses. P. Gutton (2006) parle d'unité narcissique primaire dans les premiers mois du bébé (article Parentalité). La mère change ensuite « le regard posé sur l'enfant pour en investir un autre », lui permettant de le contenir dans l'attachement, tout en se séparant. En revanche, la dépression parentale encourage des attitudes ambivalentes conduisant à la non permission pour le jeune enfant de se construire en tant qu'individu différencié, de sujet autre (Benhaïm, M., 2002). L'enfant intégrerait les

névroses de sa mère en se sentant incapable de satisfaire au bonheur maternel, entretenant une relation excessive de proximité, de plus en plus délétère à son développement affectif.

L'interaction mère-enfant sera décisive dans la construction des interactions de l'enfant avec les autres membres de son entourage. S. Lebovici (2004) distingue ainsi trois niveaux d'interaction : comportementales, affectives et fantasmatiques, ces dernières étant déterminées par « l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé ». Les apports de D. Winnicott (1975) restent à cet égard déterminants quant à l'influence de l'environnement et de la mère dans le développement de l'enfant : « un nourrisson seul n'existe pas ». Selon Lebovici (2004), la « pathologie interactive se définit à travers l'étude des interactions familiales ».

Le concept d'alliance parentale prend également tout son sens dans le développement affectif de l'enfant et son intersubjectivité (Fivaz-Depeursinge, E., 2003). Le passage à une relation triangulaire, avec la position paternelle, permet à l'enfant d'investir plus largement l'environnement extérieur. Il est déterminant dans la construction des relations sociales de l'enfant (Golse, B. 2004). Pour Lacan (Golse, B., 2015), la mère doit permettre cette relation triangulaire et accepter elle-même cette fonction paternelle, sous peine d'entretenir une fusion créatrice de dépendance chez son enfant.

Successeurs de J.Bowlby, George et Salomon (1999) ont décrit le mécanisme du « caregiving », une des composantes de la théorie de l'attachement (Dugravier, R., Barbey-Mintz, A., 2015). La représentation de la relation parent-enfant va guider un ensemble de comportements et conditionner la fonction adaptative de l'enfant. Les représentations du rôle parental se construisent à partir des propres expériences du parent avec ses figures d'attachement, ainsi qu'avec ses propres expériences avec son enfant. Selon Mystycki et Guedeney (2007), « les relations d'attachement sont internalisées pour former des schémas cognitifs durables ». Selon les mêmes auteurs, les liens avec la figure d'attachement vont donc être déterminants dans ses interactions avec les autres. R. Diatkine (2004) appuie ainsi sur l'importance de l'harmonie des conditions d'attachement dans le développement cognitif et langagier de l'enfant. Les enfants ayant un attachement sécurisé ont ainsi un fonctionnement du « Moi » plus souple, leur permettant une meilleure exploration du monde et l'accès aux acquisitions.

2.4 Notion de retard psycho-affectif

Le retard dans le développement affectif de l'enfant a été évoqué dans la littérature comme cause de dysfonctionnement psychique et cognitif. Il n'a pas chez l'enfant de reconnaissance nosographique isolée dans les classifications actuelles.

2.4.1 Perturbations du fonctionnement mental de l'enfant immature

Freud (1905) dépeint un développement affectif retardé par l'impossibilité pour l'enfant de dépasser le stade phallique où se déploie le complexe d'Œdipe. Le tiers est donc redouté et constitue une menace de castration. Freud conçoit le dépassement de ce complexe comme indispensable à la structuration de la personnalité. B. Gibello (2004) suggère que la non-résolution de la problématique oedipienne amène à la persistance de « contenants de pensée très immatures », qui gênent la « construction normale des contenants de pensée cognitifs ». L'enfant, dans son développement normal, doit devenir progressivement apte à s'adapter aux conditions externes de son environnement. Pour Piaget (1954), les conditions affectives et

sociales aboutissent à des variations interindividuelles influençant l'apparition de la pensée logique. C. Chiland (2004) rappelle que faute de stimulations adaptées, affectives et cognitives, la personnalité subit un retard général. Elle rappelle l'importance de la relation objectale, se manifestant notamment dans la capacité à distinguer les personnages familiers et l'étranger. Le vécu de cette relation objectale sera déterminant pour l'intégration sociale et l'entrée dans les acquisitions. Piaget (1954) souligne l'importance de la représentation mentale exprimée par les conduites de l'imitation différée, du jeu symbolique et du langage. Selon R.S.Weiss (1991), le degré d'ajustement des parents à l'enfant lui permettrait progressivement d'acquérir l'autonomie nécessaire à son développement psychique et à son intégration sociale. Selon Thomas, Willems et Vaz-Cerniglia (2011), le manque de sécurité affective nuit à l'équilibre psycho-affectif, ces auteurs soulignant l'importance pour les parents de trouver le juste équilibre entre les manifestations d'amour et la possibilité pour l'enfant de se tourner vers l'extérieur. J.Delforge, J.Y. Hayez et L. Vaneck (1972) décrivent des enfants « affectivement immatures, en retard de croissance affective eu égard à leur âge chronologique, sans toutefois qu'ils ne présentent de caractère pathologique névrotique ou de déficience intellectuelle ». L'enfant présente des comportements dits régressifs où il ne parvient pas à quitter des attitudes propres à un âge inférieur au sien. Ainsi assiste-t-on à des maintiens tardifs d'attitude de succion, avec l'utilisation d'une tétine ayant une « dimension affective » (Missonnier S., Borge N., 2003) ou d'utilisation d'objets transitionnels, considérés au-delà de cinq ans comme révélateurs d'imaturité (Aucouturier, B., 2017). L'utilisation de ces objets transitionnels est décrite par Winnicott comme une « tentative pour unir et communiquer », et un « déni de séparation » d'avec la figure d'attachement.

J.Y. Hayez (2003) parle d'« accaparement » excessif du parent, ne correspondant plus aux « attentes » familiales et sociales. Il évoque également une jalousie à l'égard du « parent rival », nuisant à l'alliance coparentale.

L'enfant immature affectif est un enfant dépendant.

Winnicott (1975) décrit trois phases de dépendance dans la petite enfance : une phase de « dépendance absolue » aux soins maternels, une phase de « dépendance relative » où lui-même doit exprimer son besoin (et être entendu et satisfait par la mère) et enfin dans sa deuxième année, une troisième phase « vers l'indépendance », où l'enfant s'identifie au monde social qui l'entoure et développe son langage à des fins sociales. Tout se passe comme si l'enfant immature n'avait pas complètement abouti et mûri cette phase vers son indépendance psychique. Winnicott développe également pour le jeune enfant la notion de la « capacité d'être seul », permise seulement si la mère a instauré une solide base de sécurité affective, tout en permettant parallèlement le détachement et l'accès à l'indépendance.

C. Jean-Strochlic (2008) décrit les sentiments d'incapacité progressivement développés par le jeune enfant dont les processus affectifs ne sont pas aboutis, pour qui le développement des apprentissages est une contrainte insurmontable. L'enfant adopte alors des positions de repli, d'opposition passive, une attitude fuyante, une difficulté à se mobiliser, voire une angoisse. C. Jean-Strochlic rejoint l'explication d'une non-résolution du conflit oedipien, qui nuirait à l'investissement des connaissances et enfermerait l'enfant dans une pensée figée, paralysée par des fixations. Ces fixations sont définies par la persistance d'un attachement à une personne ou une situation, entraînant des satisfactions narcissiques régressives et créatrices de frustrations. Selon S. Boimare (2014), ces enfants n'auraient pas suffisamment évolué dans leur capacité à la frustration et à l'autonomie. Ils resteraient enfermés dans l'immédiateté de leurs désirs.

Si ces concepts ne répondent plus aux principes de la nosographie actuelle, ils définissent toutefois des critères comportementaux observables chez l'enfant étudié (Lebovici, S., 2004).

2.4.2 Un concept transnosographique

Nous sommes restés jusque-là dans des notions dont le caractère pathologique est discutable. Nous nous intéresserons néanmoins à des entités nosographiques dont la clinique descriptive inclue des traits d'immaturation.

- L'anxiété de séparation : Selon le DSM V, celle-ci se « caractérise par une anxiété excessive et inappropriée par rapport au stade de développement, concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché ». Il faut noter que pour remplir les critères diagnostiques, cette anxiété doit dépasser le niveau normalement attendu en fonction du stade développemental, durer plus de quatre semaines, débuter avant l'âge de dix-huit ans et entraîner une détresse ou une gêne significative. Il s'agit de faire la différence entre une angoisse de séparation développementale, considérée comme normale (jusqu'à l'entrée en petite section de maternelle) et une angoisse de séparation « pathologique car durable et persistante, affectant l'équilibre émotionnel de l'enfant. ». Cette anxiété entraîne le refus scolaire et des symptômes comportementaux caractéristiques tels que les pleurs, agrippements, plaintes, appel des parents après leur départ. Ces symptômes sont particulièrement présents les jours d'école et constituent de fait une gêne aux apprentissages. Ce trouble serait dû à une interaction entre des facteurs biologiques et environnementaux, sachant qu'un consensus accorde une large part à ces derniers ainsi qu'aux relations parents-enfants. L'anxiété de séparation est cotée dans la CIM 10 au sein de la rubrique « F-93 Troubles émotionnels à début spécifique dans l'enfance ». Elle est également présente dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, dans la rubrique 7 « Troubles des conduites et du comportement » à l'intitulé « Trouble de l'angoisse de séparation » (CFTMEA R-2012, Misès, R., 2012)
- Le Mutisme sélectif : Selon le DSM IV, celui-ci « se caractérise par une incapacité régulière à parler dans certaines situations sociales spécifiques, alors que l'enfant parle dans d'autres situations ». Selon Eve Gellman-Garçon (2007), les facteurs explicatifs sont très divers et plusieurs théories s'affrontent quant à l'étiologie du trouble. Dans la problématique qui nous intéresse ici, nous retiendrons que les hypothèses actuelles comprennent l'expression d'une non résolution du complexe d'Œdipe, d'une dépendance excessive aux figures parentales, avec une importance des fixations orales.
- CFTMEA R-2000 sous le chapitre « Pathologies limites » :

Nous notons sous l'entité « pathologies limites avec des troubles de la personnalité » les traits caractéristiques suivants : retard de développement affectif, tendances régressives, conduites de dépendance. Ces troubles recourent les catégories F.94.2 des « Troubles de l'attachement de l'enfance avec désinhibition » inclus dans la CIM 10.

Après le rappel des caractéristiques structurantes de l'immaturation affective, il nous reste à expliquer les liens étroits qu'elle entretient avec le langage et l'apprentissage.

3. Affectivité, langage et apprentissages

Selon S. Frenkel (2014), les aspects psycho-affectifs sont souvent mis de côté dans les approches classiques d'apprentissage. Berger et Büchel (2013), dans le courant de l'apprentissage auto-régulé, soulignent l'importance de ces facteurs affectifs en incluant dans les connaissances nécessaires celles liées à nos motivations et à nos émotions.

En psychologie, le langage reste la principale médiation avec le thérapeute. Les milieux favorisant le développement langagier de l'enfant lui permettent de développer efficacement sa cognition, et ainsi le développement de ses capacités opératoires, chères à Piaget (Chiland, C., 2004).

3.1 Relations affectives et langage

Selon Marcilhacy (2006), l'acquisition du langage avec ses pairs hors du champ maternel, ainsi que la lecture et l'écriture, sont le fruit d'une maturation physiologique, mais aussi psycho-affective. Le langage est ainsi au cœur des procédés de symbolisation, liés à une croissance psychique, et nécessairement provoqués par des pertes surmontées dans l'histoire libidinale de l'enfant. Le langage, comme l'écriture, introduisent une séparation symbolique avec le corps de la mère. Il est central dans les processus de séparation-individuation, de symbolisation et de socialisation. La communication par le langage verbal, doit être permise par différents facteurs : neuro-moteurs, intellectuels et affectifs. L'enfant suffisamment stimulé devra donc également avoir une « maturation affective » suffisamment « affinée » (Golse, B., 2015) pour développer le désir de l'échange verbal. L'immaturité psycho-affective apparaîtrait comme une stratégie de défense du Moi, désorienté par l'intégration sociale ou scolaire. M. Touzin (2010) parle de l'immaturité psycho-affective comme un des facteurs récurrents des cas cliniques de troubles du langage rencontrés en Orthophonie.

Vygotski (1934) insiste sur la fonction sociale du langage et sur le fait que son développement se fait dans le cadre plus global du développement culturel et interactionniste de l'enfant. Dans cette vision, le défaut de maturation psychique décrit précédemment, ainsi que la dépendance excessive aux figures d'attachement, constitue un frein au développement typique du langage. Selon Bruner (1983), les interactions avec le milieu parental sont primordiales dans le développement de la communication à l'autre. Il souligne que ces interactions doivent lui permettre de systématiser des attitudes lui permettant de s'insérer dans le système social et culturel.

Le langage entretient d'étroites relations avec l'investissement psychique de l'enfant. L'enfant entre d'abord dans le langage pour entretenir une communication avec sa mère. La relation protectrice de celle-ci restant primordiale, la mère doit également permettre l'investissement de l'enfant vers l'extérieur. Winnicott (1975) parle ainsi de la réapparition de l'objet dans le symbole. Le langage, au cœur du processus de séparation-individuation permet le développement d'un sujet autonome. Son refus dans l'immaturité apparaît ainsi comme une volonté de rester dans la représentation de sécurité inscrite dans des relations familiales protégées du monde extérieur. B. Welniartz (2001) souligne ainsi le rôle de la mère dans le développement de son enfant comme être autonome. P. Fonagy (Golse, B., 2012) parle de « fonction réflexive » qui serait acquise grâce à un environnement familial favorisant. Le langage est le facteur qui pourrait représenter pour l'enfant la perte de la relation duelle avec la mère et le passage à la relation sociale. L'enfant doit développer une communication

compréhensible à l'extérieur du milieu familial et de la proximité maternelle. A. Lainé (2016) insiste sur le rôle de l'environnement familial bien avant l'apparition des premiers mots, le langage étant « un outil qu'on saisit dans sa relation aux autres ». Selon elle, la mise à distance qu'impose le langage peut être indésirable à l'enfant, notamment en cas de relation trop fusionnelle avec le milieu parental. Le langage permet l'accomplissement de l'étape de séparation-individuation et ainsi l'entrée dans le symbolique et la représentation mentale, indispensable aux apprentissages futurs.

Selon F. Rosenbaum (1997), un retard affectif, en maintenant l'enfant dans un statut dépendant, ne lui permet pas non plus de développer l'estime de soi nécessaire aux apprentissages. L'enfant doit pouvoir investir le champ de la connaissance sans angoisse de séparation, ce qui lui permettra l'identification possible à un adulte tiers. Dans le cas d'un retard, une « aire transitionnelle », selon les mots de Geneviève Dubois (1983) n'a pu se créer. Le langage est vécu comme vecteur de séparation.

Selon Gibello (2004), les contenants de pensée et les mécanismes de cognition sont étroitement liés aux conflits intrapsychiques. La passivité réactionnelle d'un enfant en proie à ces conflits gênera le développement du système opératoire cher à la psychologie cognitive. La mémoire et les fonctions exécutives sont ainsi fortement influencés par la vie psychique de l'enfant. Le langage est intégré au fonctionnement opérationnel de l'intelligence avec l'attention, l'abstraction, la logique (Thibault, L., 2011). Pour s'approprier le langage, l'enfant doit en avoir compris la dimension symbolique. Les mots lui permettront également de construire une identité personnelle (Bentolila, A., 2010).

Les troubles du langage sont amenés à instaurer un conflit permanent autour de l'enfant, en proie aux exigences légitimes des parents et de l'école, engendrant un cercle vicieux de rejet (Boimare, S., 2004).

Il est ainsi parfaitement compréhensible que les troubles psycho-affectifs constituent une réalité à prendre en compte dans toute analyse d'un trouble du langage oral ou écrit (Coquet, F. 2002).

3.2 La place de l'orthophoniste

L'orthophoniste se trouve souvent dans la difficulté de distinguer les causes réelles des troubles de langage rencontrés, ainsi que la part à accorder à diverses étiologies à l'intérieur d'un même tableau clinique. Ainsi, comme le soulignent Witko et Mollat (2009), il est compliqué de quantifier ce qui relève de difficultés inhérentes et spécifiques au problème de développement du langage, et ce qui est de l'ordre de troubles psychopathologiques traduits par des réactions comportementales (retrait, inhibition, excitation...). L'orthophoniste est amené à tenir compte des facteurs psycho-affectifs de l'enfant et de l'effet de ses représentations. Une vision organiciste ou biologique ne peut rendre compte de la complexité des situations rencontrées (Berger, M., 2004). Les interactions comportementales et affectives renforcent la dimension expressive et sémantique du langage (Thibault, L., 2011). Ainsi, le langage ne peut être appréhendé que sous sa seule dimension cognitive. Il s'inscrit dans une dimension développementale prenant en compte les affects et l'environnement de l'enfant (Thibault, L., 2011). Selon Pirard-Le Poupon (2006), il y aurait un danger à réduire l'enfant à ses seuls troubles du langage, le rééducateur se devant de prendre en compte le psychisme de l'enfant dans ses conduites rééducatives. S. Boimare (2004) insiste sur le fait de prendre en compte les capacités psychiques de l'enfant dans les apprentissages. Les troubles spécifiques

des apprentissages sont analysables également du point de vue des liens interdépendants entre cognition et affectivité. La prise en compte des facteurs environnementaux et des émotions de l'enfant amène donc les orthophonistes à ne pas s'attaquer trop frontalement aux problèmes de langage, et s'intéressera à faciliter une certaine autonomie de pensée (Dupont, AC., Gatignol P., 2015). Cette optique renforce également la nécessité d'une prise en charge précoce des enfants en Orthophonie (Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste ; Antheunis et al., 2009).

Des stratégies d'accompagnement parental pourront être envisagées pour aider l'enfant à inscrire sa thérapie langagière dans une dynamique familiale. Le travail auprès des familles s'inscrit désormais dans la dynamique orthophonique et permet aux parents de garder « un niveau d'échange et une relation satisfaisante » avec leur enfant (Martin, S., 2000).

Cette analyse nous conduit à l'hypothèse de la pertinence de pouvoir identifier correctement les signes d'une immaturité affective. Une anamnèse fouillée, alliée à une démarche méthodologique rigoureuse permettrait d'identifier ces signes. C'est dans cette optique que ce travail d'identification lors du bilan prend tout son sens.

L'Orthophoniste devra distinguer ce qui incombe à son exercice professionnel quant à la connaissance et à la prise en compte du retard psycho-affectif observé. En effet, si une identification de l'immaturité affective est indispensable à la construction personnalisée d'un projet thérapeutique, elle ne doit pas faire l'économie d'une éventuelle remise en cause de la prise en charge elle-même. Un questionnaire à visée psycho-affective a également pour but de pouvoir envisager la non prise en soins du sujet ou la réorientation nécessaire vers un autre professionnel de santé, psychologue ou psychiatre. De même, allier la rééducation orthophonique à une prise en charge psychothérapique peut s'avérer nécessaire (Witko, A., Mollat, A., 2009). Il convient toujours de bien cibler notre identité professionnelle, dans une activité se situant au carrefour de plusieurs disciplines, en se devant toujours de prendre en compte l'ensemble des données relatives au profil de l'enfant concerné.

Cette recherche vise l'élaboration future d'un outil viable utilisable en bilan. Notre démarche ici a visé dans ce premier temps l'analyse des pratiques professionnelles actuelles des orthophonistes face à une suspicion d'immaturité psycho-affective. La démarche visait également à s'assurer de la pertinence clinique de la création d'un tel outil en sondant les besoins des praticiens.

Méthode

L'objectif principal de notre recherche visait donc l'analyse des connaissances et des pratiques concernant l'immaturité psycho-affective et son identification lors de l'anamnèse du bilan orthophonique.

Le choix s'est porté sur l'élaboration d'une enquête par questionnaire à destination des professionnels orthophonistes. Ce mode de sondage permet d'objectiver les résultats et d'explicitier au mieux les conduites à partir d'un échantillon de la population concernée (De Singly, F, 2016).

1. Population de l'étude

L'échantillon a été obtenu par l'envoi du questionnaire sur une plateforme de réseau social : Ortho-infos. La volonté d'obtenir une large adhésion a orienté le choix d'un

questionnaire en ligne, vers un groupe à destination exclusive des Orthophonistes et étudiants en Orthophonie. Celui-ci compte 12797 membres français et belges. L'abonnement à cette plateforme est assujéti à l'envoi d'un justificatif professionnel.

Nous avons souhaité recueillir des données d'identification de déterminants professionnels :

- Le mode d'exercice
- La région d'exercice
- L'année d'obtention du certificat de capacité
- Le centre de formation initiale

Les résultats précis concernant les profils des répondants figurent en annexes A7, A8, A9, A10.

2. Matériel

Le questionnaire a été formalisé sur la plateforme de sondage en ligne Google Forms. Cette plateforme permet l'envoi électronique vers l'hébergeur choisi. Un courrier accompagnait le questionnaire en expliquant les buts et la démarche de l'étude. (Cf. Annexe A6)

Pour en faciliter la lecture, le questionnaire était présenté avec trois titres de chapitres :

- Formation initiale
- Formation continue
- Pratique clinique

Il comprend 22 questions principales, la 16^{ème} question comprenant 14 sous-questions.

L'enquête a été construite selon quatre principales orientations :

- Les déterminants professionnels des participants
- Les connaissances des participants concernant l'immaturation psycho-affective
- L'intérêt pour les participants de détecter précocement l'immaturation psycho-affective
- Les pratiques professionnelles adoptées pour déceler l'immaturation psycho-affective

Le dernier point a été analysé par des réponses à deux types de questions :

- Fermées avec échelles de Lickert
- Ouvertes

Nous avons souhaité confronter les données de nos recherches théoriques aux pratiques professionnelles des orthophonistes. Un certain nombre de questions réalisables en anamnèse ont été listées et présentées aux praticiens. Ceux-ci avaient ainsi à juger de la pertinence des questions et de leur faisabilité lors du bilan orthophonique.

Ces questions ont pu être élaborées en recoupant plusieurs sources. Des liens ont ainsi été établis entre les données issues de la recherche mentionnées dans la partie théorique et les questionnaires déjà construits en psychopathologie de l'enfant. Les questionnaires consultés comportent des items pouvant être mis en lien avec l'immaturation psycho-affective, telle qu'elle a été mise en relief dans nos recherches. Ces tests ont été consultés dans leurs parties concernant l'attachement, les angoisses de séparation, l'autonomie, où des parallèles sont effectués avec des traits d'immaturation. Ces tests sont :

- ✓ Le questionnaire des dimensions de tempérament révisé (DOTS-R) (Windle, M., Lerner, R., 1986)
- ✓ Child Attachment Interview (CAI) (Target, M., Fonagy, P., Chmueli-Goetz, Y., 2003)
- ✓ Inventaire de comportements pour enfants/ Child Behaviour Checklist (Achenbach, T.M., 2001)
- ✓ Dialogoris (Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., ROY, S., 2006)

Les critères diagnostiques du Trouble d'Anxiété de Séparation (TAS) de la CIM 10 et du DSM V ont également été pris en considération.

Le choix a été fait de laisser un espace ouvert aux participants afin qu'ils puissent exposer leurs méthodes personnelles d'identification de l'immaturation psycho-affective en situation de bilan, ainsi que leurs remarques éventuelles sur l'enquête proposée.

Les principales orientations ont été listées et regroupées dans deux histogrammes, de manière à avoir une représentation mesurée des pratiques recueillies.

La liste des questions incluses dans le questionnaire est présente en annexe A1, A2, A3, A4, A5.

3. Procédures

Le recueil des données a été facilité par le logiciel Google Forms. Les données sont accessibles sur un tableur. Le questionnaire est construit selon des variables qualitatives dont la statistique descriptive est celle du pourcentage et les représentations choisies celles de l'histogramme et du diagrammes en barres.

- Variables qualitatives monovaluées : Elles sont utilisées pour les questions 1, 2, 3, 7, pour lesquelles les propositions sont des modalités exclusives, une seule réponse étant possible. Elles concernent les déterminants professionnels ainsi que le cadre d'enseignement éventuellement reçu en formation initiale sur l'immaturation psycho-affective.
- Variables qualitatives binaires : Elles sont utilisées pour les questions 5, 6, 8, 10, 17, 20, 21, pour lesquelles la variable possède deux modalités exclusives oui/non. Elles concernent : la réception d'un enseignement sur le sujet ; le sentiment de rencontrer un grand nombre d'enfants concernés ; l'intérêt pour la proposition d'un outil d'identification ; l'éventuelle intrusivité ou inadéquation des questions proposées pour l'anamnèse ; la mise en réflexion professionnelle induite ou non par le questionnaire.
- Variables qualitatives ordonnées : Elles sont utilisées pour les questions 11, 12, 13, 16, 19, pour lesquelles la variable inclut une notion hiérarchique exprimée par une échelle de Lickert évaluée de 1 à 5. Elles concernent : la clarté du concept d'immaturation psycho-affective (de très clair à flou) ; l'importance de l'immaturation psycho-affective en tant que facteur aggravant des troubles du langage oral (de très peu important à très important) ; l'importance d'identifier rapidement une immaturation psycho-affective chez l'enfant (de très important à secondaire) ; la pertinence des questions proposées pour l'anamnèse du bilan orthophonique (de très pertinent à non pertinent) ; le fait que l'identification de cette immaturation amène les professionnels à modifier le cadre de leurs séances (souvent à jamais).

- Variables qualitatives multivaluées : Elles sont utilisées pour les questions 9, 14, 18, pour lesquelles la variable présente des modalités non exclusives, plusieurs réponses étant possibles. Elles concernent : les modalités éventuelles de formation continue sur le sujet ; les domaines de questionnement des professionnels permettant de déceler une immaturité psycho-affective lors du bilan orthophonique ; les questions plus précisément jugées intrusives ou inadaptées parmi celles proposées pour l'anamnèse (14 sous-questions de la question 16).
- Variables qualitatives obtenues lors des questions ouvertes : L'analyse des questions ouvertes 15 et 22 repose sur un inventaire des données recueillies ayant donné lieu à un « regroupement » de modalités (De Singly, F., 2016). Ces questions concernent : les éléments auxquels les professionnels prêtent attention dans le cadre d'une observation ainsi que les remarques finales éventuelles en fin de questionnaire. À l'issue du regroupement de données, j'ai retenu les modalités suivantes :
 - Question 15 : Langage verbal ; Langage non verbal ; Pragmatique et qualité des interactions ; Positionnement de l'enfant vis-à-vis de ses parents ; Positionnement de l'enfant vis-à-vis du thérapeute ; Jeu ; Réaction à la séparation ; Autonomie ; Attitude des parents pendant l'entretien ; Intolérance à la frustration ; Respect des règles ; Égocentrisme ; Agitation psycho-motrice ; Construction de la pensée et raisonnement.
 - Question 22 : Intérêt marqué pour l'étude et pour l'outil d'identification ; Attente de conseils pour la rééducation et la guidance parentale ; Doutes sur l'intérêt d'un outil normé ; Remarques sur les diagnostics différentiels ; Intrusivité des questions ; Remarques sur les différences de jugement liés à l'âge ; Partenariat avec le psychologue ou psychiatre

Résultats

1. Déterminants professionnels de la population d'échantillon

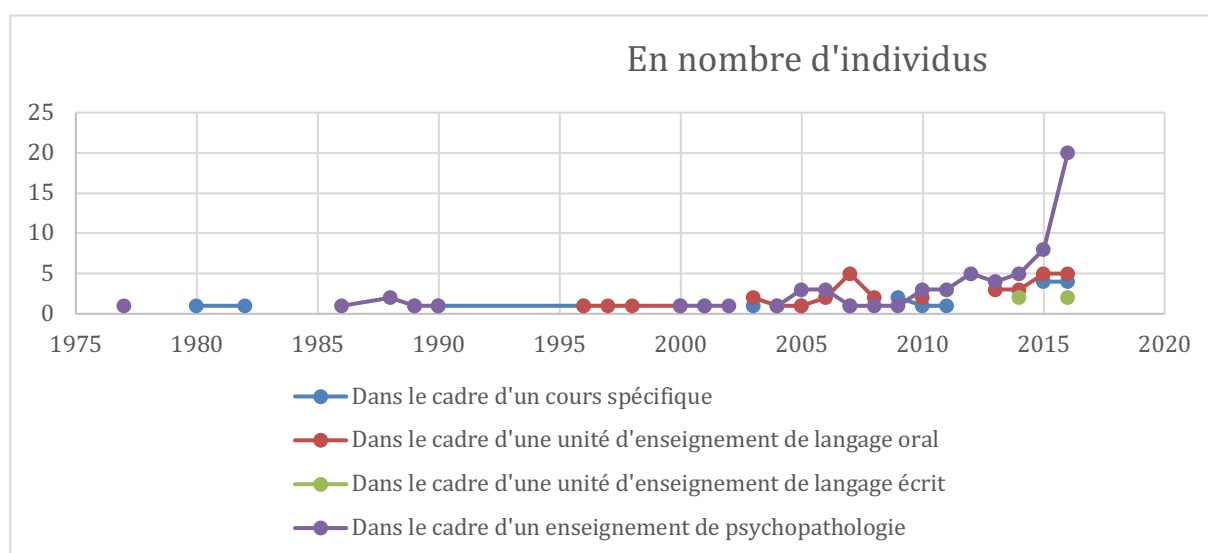
- **460 orthophonistes** ont répondu au questionnaire en ligne, soit 3,59 % des abonnés de la plateforme.
- **Mode d'exercice** : 91 % exercent en cabinet libéral ; 7% ont un exercice hospitalier ; 4,7% exercent en centre médico-psychologique (CMP/CMPP), 2,2% en IME. Nous citons ici les principaux modes recensés, incluant des exercices mixtes. (Cf. Annexe A7)
- **Régions d'exercice** : Toutes les régions de France sont représentées, ainsi que les DOM-TOM. Des orthophonistes exerçant en pays étranger ont également répondu à hauteur de 2%. (Cf. Annexe A8)
- **Années d'obtention du certificat de capacité** : 80% des orthophonistes ont été diplômés après l'année 2000. (Cf. Annexe A9)

2. Les connaissances des participants

2.1 Formation initiale

- 95,4% déclarent avoir reçu un enseignement sur la psychopathologie de l'enfant.
- 75,3% déclarent avoir reçu un enseignement sur l'immaturation psycho-affective.
- Ce dernier s'est déroulé pour 50,4% dans le cadre d'un enseignement de psychopathologie, pour 23,4% dans le cadre d'une unité d'enseignement de langage oral ; 14,8% disent avoir reçu cet enseignement au sein d'un cours spécifique.
- Nous avons croisé les données d'obtention du diplôme et celles concernant le cadre d'enseignement de l'immaturation psycho-affective en formation initiale :

Fig. 1



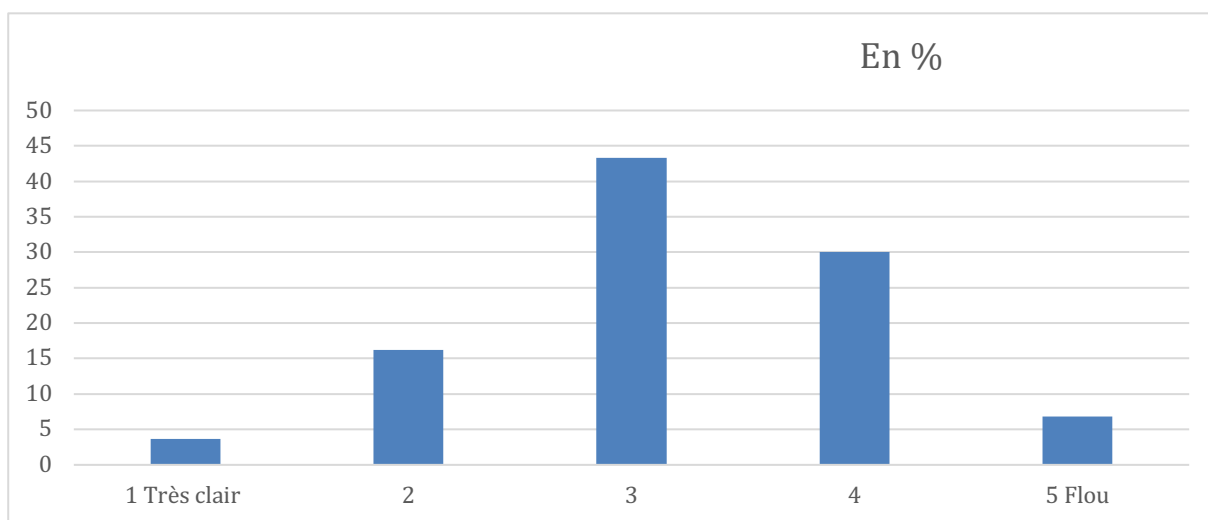
Cadre d'enseignement de l'immaturation psycho-affective en formation initiale et année d'obtention du diplôme

Nous constatons que le concept d'immaturation affective tend à être enseigné de manière croissante, de façon majoritaire au cours d'un enseignement de psychopathologie.

2.2 Formation continue

- 72% des participants disent s'être renseignés sur l'immaturation psycho-affective lors de leur exercice professionnel. 88,8% déclarent l'avoir fait par autoformation, 10,4% lors de conférences, 9% par des sessions organisées de formation continue.
- **Le concept d'immaturation psycho-affective** paraît un concept clair à définir pour 19,9% des orthophonistes de l'échantillon.

Fig. 2



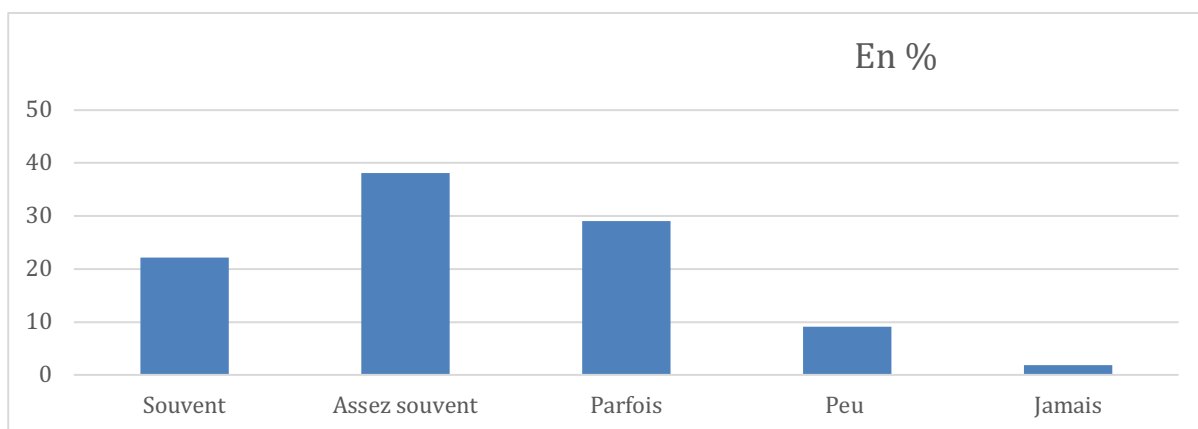
Résultats obtenus pour la question : « Le concept d'immaturité psycho-affective vous paraît-il un concept clair à définir ? »

Une majorité n'a pas une conception claire du concept clinique.

3. Intérêt du sujet dans l'exercice professionnel

- 80,7 % des orthophonistes interrogés pensent voir dans leur exercice professionnel beaucoup d'enfants présentant des signes d'immaturité psycho-affective.
- 83,6 % considèrent l'immaturité psycho-affective comme un facteur aggravant des troubles du langage oral.
- 73,6% jugent important d'identifier rapidement une immaturité psycho-affective chez l'enfant.
- Une majorité d'orthophonistes sont amenés à modifier le cadre de leurs séances après l'identification d'une immaturité psycho-affective :

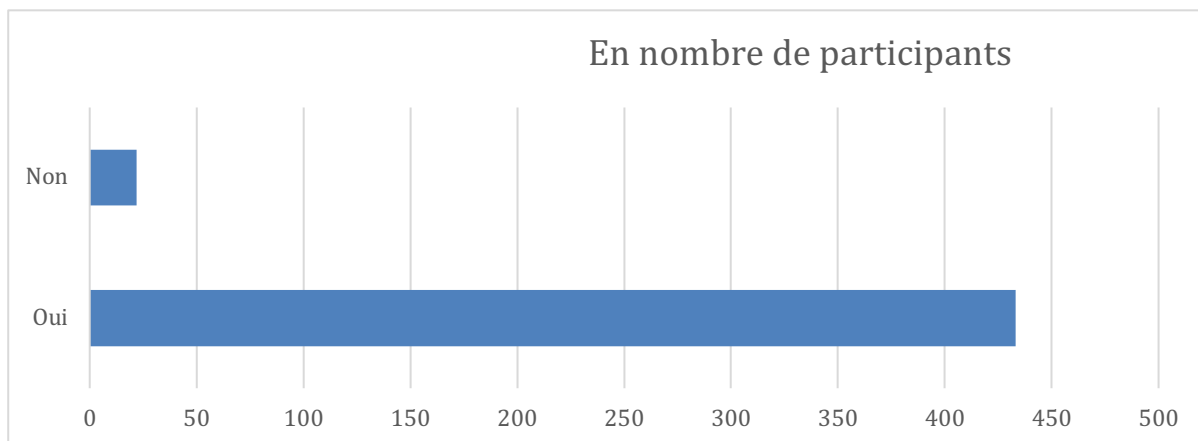
Fig. 3



Résultats obtenus pour la question : « L'identification d'une immaturité psycho-affective vous amène-t-elle à modifier le cadre de vos séances ? »

- 95,2 % des orthophonistes interrogés se déclarent intéressés par un outil les aidant à identifier l'immaturité psycho-affective :

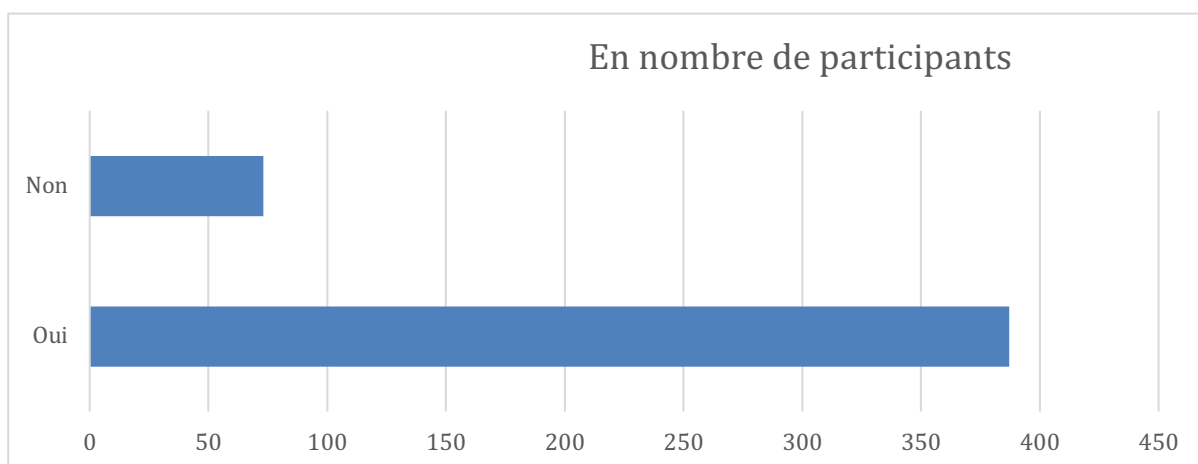
Fig. 4



Résultats obtenus pour la question : « Seriez-vous intéressés par un outil vous aidant à identifier l'immaturité psycho-affective ? »

- Pour 85,1 % des orthophonistes interrogés, le questionnaire aura permis d'avoir une réflexion sur leurs pratiques professionnelles :

Fig. 5

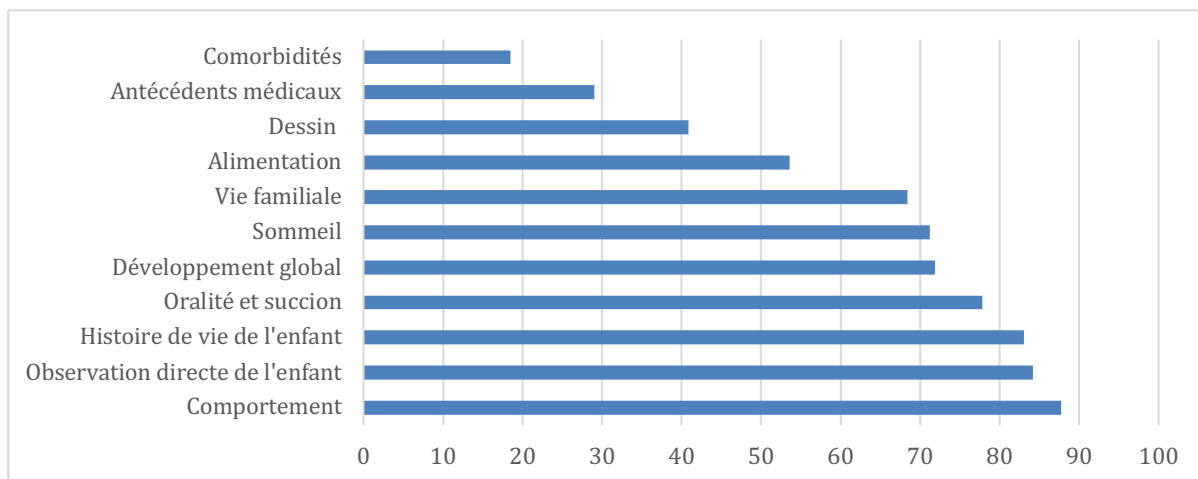


Résultats obtenus pour la question : « Ce questionnaire vous a-t-il permis d'avoir une réflexion sur vos pratiques professionnelles ? »

4. Attitudes professionnelles durant le bilan orthophonique pour identifier une immaturité psycho-affective

- Domaines questionnés dans l'anamnèse, en % :

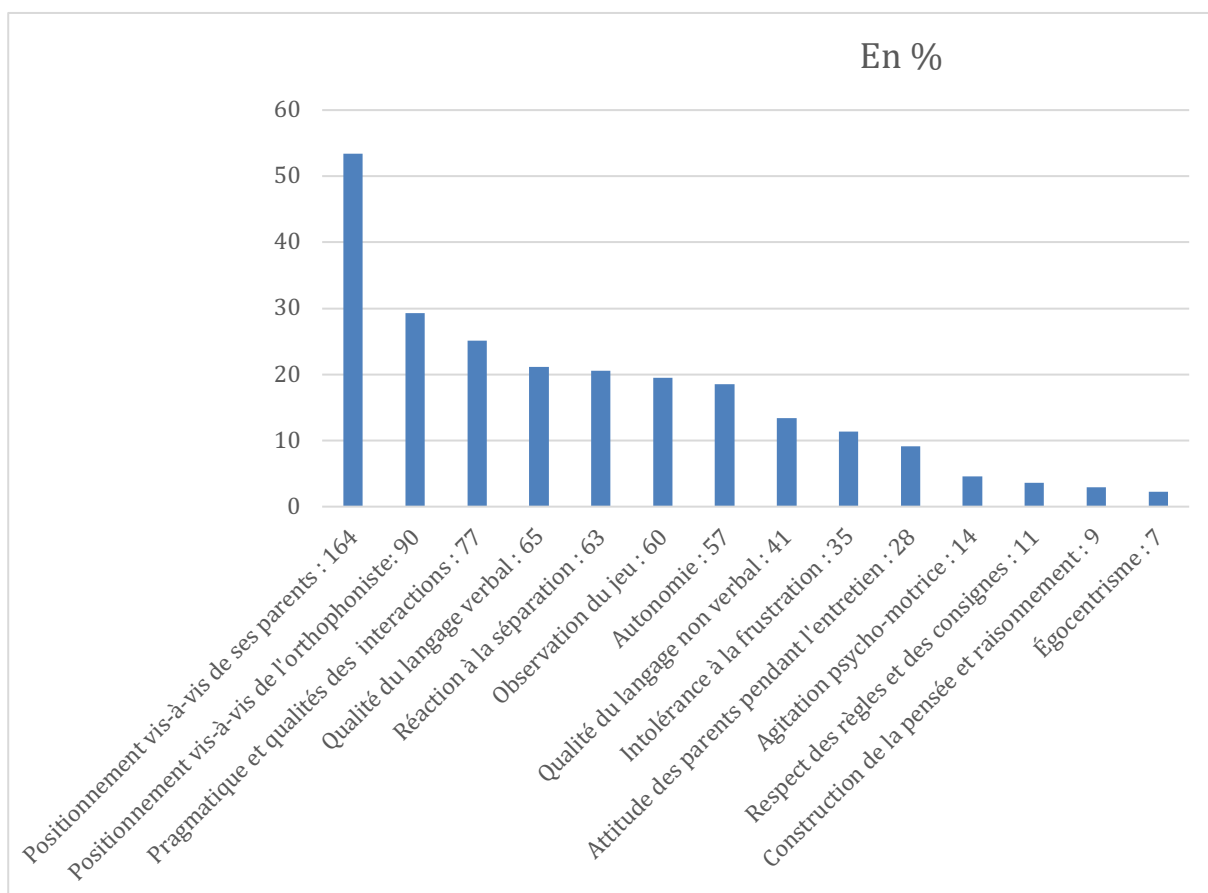
Fig. 6



Résultats obtenus pour la question : « Lors du bilan dans l'anamnèse, quels sont selon vous les domaines de questionnement permettant de déceler une immaturité psycho-affective ? »

- Résultats à la question ouverte sur les éléments d'observation retenus pour détecter une immaturité psycho-affective, 307 réponses :

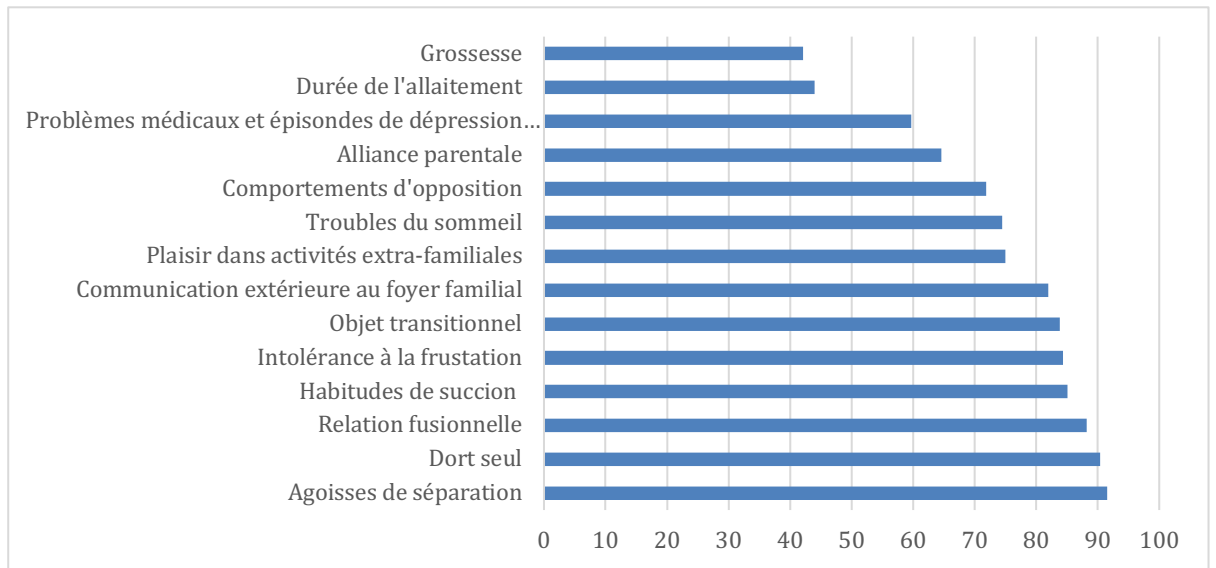
Fig. 7



Résultats obtenus pour la question : « Dans le cadre d'une observation, à quels éléments prêtez-vous attention ? »

- Des questions d'anamnèse, créées à partir de notre étude, ont ensuite été proposées et ici réunies en thématiques. Les orthophonistes ont dû en juger la pertinence :

Fig. 8

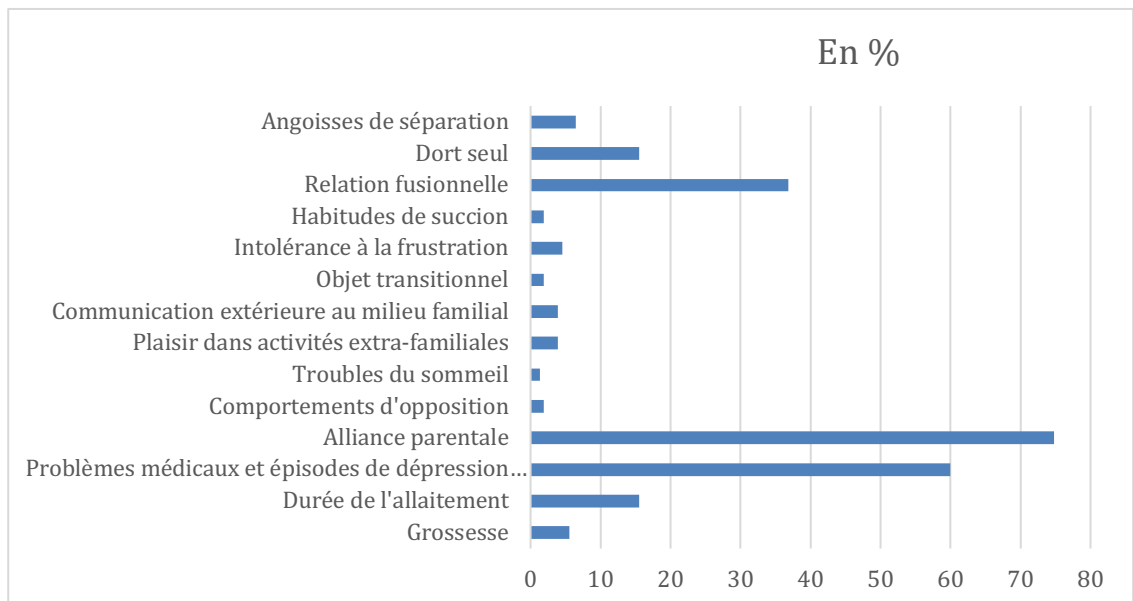


Résultats obtenus pour la question : « Comment jugeriez-vous de la pertinence des questions ci-dessous pour estimer une immaturité psycho-affective lors de l'anamnèse ? »

Les questions anamnestiques précises sont présentes en annexes A3 et A4.
Les résultats dépassent 50% pour la totalité des questions posées, jusqu'à plus de 90% pour certains items.

- Nous avons souhaité savoir si les orthophonistes jugeaient certaines des questions proposées « intrusives ou inadaptées » dans le cadre de l'anamnèse d'un bilan orthophonique : c'est le cas pour 67% des personnes interrogées. Nous vous présentons ici les résultats par question en % :

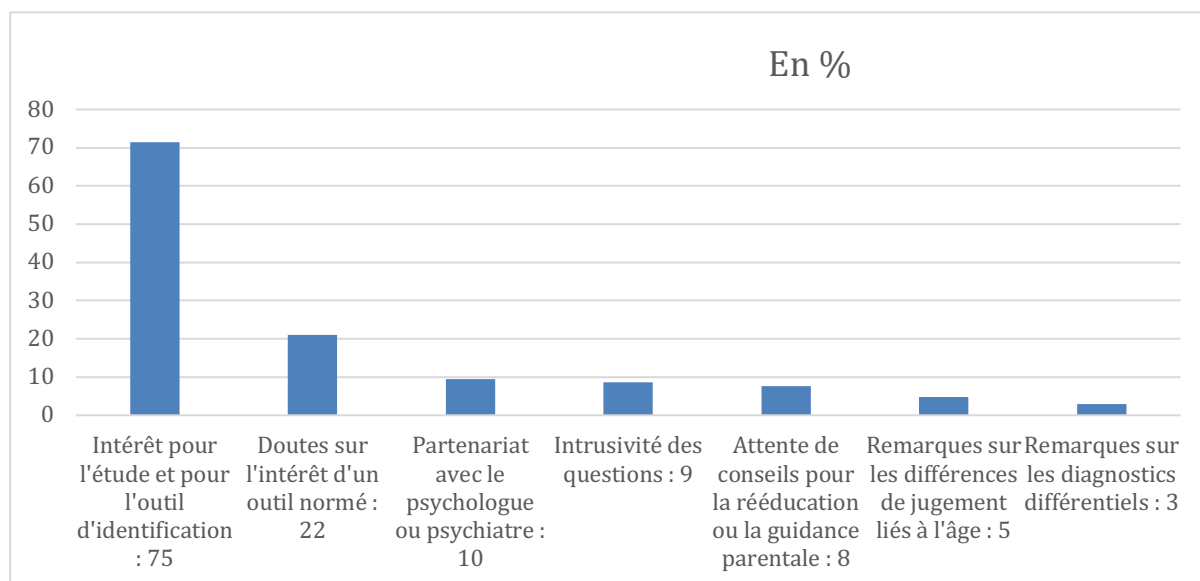
Fig. 9



Résultats obtenus pour la question : « Si oui, lesquelles ? » faisant suite à la question : « Certaines des questions présentées ci-dessus vous paraissent-elles intrusives ou inadaptées dans le cadre de l'anamnèse d'un bilan orthophonique ? »

- Réponses à la question ouverte concernant d'éventuelles remarques à apporter à la fin du questionnaire, 105 réponses :

Fig.10



Résultats obtenus pour la question : « Avez-vous des remarques à apporter ? »

Plus de 70% des orthophonistes expriment leur intérêt pour le sujet de notre étude.

Discussion

Notre étude avait deux principaux objectifs : celui de préciser dans le contexte théorique le concept d'immaturation psycho-affective, et celui, au cœur du questionnaire, de déterminer au mieux les pratiques professionnelles des orthophonistes devant cette réalité clinique d'immaturation. Il s'agissait aussi de confirmer l'intérêt de mettre à leur disposition un outil d'identification de l'immaturation psycho-affective, utilisable en bilan orthophonique. Il sera ensuite envisageable de valider cet outil dans une prochaine étude.

Nous avons souhaité connaître le degré de connaissance perçue de l'immaturation psycho-affective, ainsi que les moyens utilisés lors d'un bilan pour la détecter.

Nos résultats suggèrent tout d'abord un intérêt soutenu pour le domaine de notre étude. Notre enquête a mobilisé 460 orthophonistes, ce qui représente 3,6 % des orthophonistes de la plateforme Orthos-infos et 2% de la population totale des orthophonistes en France.

La quasi-totalité des orthophonistes répondants disent avoir reçu un enseignement en psychopathologie, et 75 % disent avoir reçu un enseignement sur l'immaturation psycho-affective. En revanche, ce dernier n'a pas été dispensé pour la majorité des professionnels dans le cadre d'un cours spécifique. Cette constatation n'est pas étonnante au regard de la difficulté à définir le concept, clair pour seulement 19,9 % des orthophonistes, malgré les enseignements reçus. Ces résultats sont cohérents avec nos données théoriques. L'immaturation psycho-affective est décrite comme une réalité transversale dans la psychopathologie de l'enfant, ne constituant pas en elle-même une entité nosographique isolée. Nous ne pouvons pas établir de corrélation valable entre l'âge d'obtention du diplôme et le cadre

d'enseignement de l'immatunité psycho-affective en formation initiale. Le graphique 1 suggère une prédominance du cadre d'une unité d'enseignement en psychopathologie pour les orthophonistes diplômés à partir de l'année 2000. Mais seulement 133 individus ont répondu à cette question. Nous pouvons supposer la difficulté posée aux orthophonistes pour resituer l'immatunité psycho-affective dans leurs enseignements de formation initiale.

95,2% des orthophonistes interrogés sont intéressés par la création d'un outil leur permettant d'identifier l'immatunité psycho-affective. Ils pensent nécessaire de l'identifier le plus rapidement possible (pour 73,6%), l'immatunité psycho-affective étant considérée pour 83,6% comme un facteur aggravant des troubles du langage oral. De plus, 80,7% d'entre eux disent voir dans leur exercice professionnel beaucoup d'enfants présentant des signes d'immatunité psycho-affective pour lesquels il sera souvent nécessaire d'adapter le cadre des séances (Fig.2). Ces résultats concordent avec les liens étroits entretenus entre affectivité, langage et apprentissages développés dans la partie théorique. La pratique clinique rapportée par les thérapeutes va dans le sens d'une relation, sinon causale, au moins aggravante entre l'immatunité psycho-affective et l'apparition de troubles instrumentaux. Ces enfants présentent une dépendance exagérée aux figures d'attachement, avec des conséquences sur leurs expériences interactionnelles. En analysant nos résultats, les observations cliniques des thérapeutes confirment ces répercussions sur le développement langagier de ces enfants. La littérature admet largement l'importance des facteurs affectifs dans le développement du langage. À la lecture des réponses, les orthophonistes semblent avoir largement intégré cette dimension psycho-affective dans les retards et les différents troubles du langage oral. Nous constatons dans leurs pratiques un questionnement anamnestique cohérent avec nos données théoriques.

Les domaines ayant trait à l'histoire de vie de l'enfant, son comportement, ainsi que l'observation directe de l'enfant sont majoritairement mobilisés lors du questionnement de l'anamnèse, soit respectivement 83,1%, 87,7% et 84,2% des personnes interrogées (fig .4). Les domaines de l'oralité et la succion, du développement global, du sommeil et de la vie familiale sont questionnés pour 68 à 78 % des individus. 53,6 % interrogent également l'alimentation de l'enfant, 40,9 % le dessin.

L'observation et le questionnement du comportement de l'enfant apparaissent donc au premier plan de l'anamnèse dans la suspicion d'une immatunité psycho-affective.

Nous avons souhaité laisser une question ouverte permettant de préciser les éléments auxquels les orthophonistes prêtaient attention dans le cadre d'une observation. 307 orthophonistes ont répondu à cette question, non obligatoire. Après analyse de ces réponses libres, les résultats montrent une place importante accordée au positionnement de l'enfant vis-à-vis de ses parents, en comparaison au positionnement de l'enfant vis-à-vis de l'orthophoniste, figure étrangère (respectivement 53,42 et 29,31 %). Nous avons regroupé sous ces termes des observations du comportement de l'enfant rapportées comme suit : « reste collé à sa mère », « ne me regarde pas », « timidité excessive », « opposition », « contact avec l'adulte étranger » « attente d'approbation du parent »...L'observation des capacités pragmatiques de l'enfant comme la qualité de ses interactions sont mentionnées dans 77 réponses, soit 25,08% (compétences-socles de l'enfant, attention conjointe, tours de rôle regard,...). La qualité du langage verbal et non-verbal sont, de manière attendue, mentionnées pour respectivement 21,17% et 13,35 %. 63 orthophonistes insistent sur les attitudes de réaction à la séparation (20,52%). 60 (19,54%) accordent une place importante à l'observation du jeu de l'enfant (attitudes, choix du jeu...). On retrouve l'autonomie (18,56%

des réponses), l'intolérance à la frustration (11,4%), le non respect des règles et des consignes (3,58%), l'égoïsme (2,28%). L'observation de l'attitude des parents pendant l'entretien est mentionnée dans 28 réponses, soit 9,12% : réponses à la place de l'enfant, anticipation excessive des demandes ou désirs de l'enfant...

En accord avec la littérature, ces réponses suggèrent l'observation d'attitudes régressives, passives et opposantes, certains auteurs parlant de « faux retards » (Antheunis et al, 2006). Les réponses des praticiens évoquent le caractère de dépendance observé chez l'enfant immature, tel que le décrivent les auteurs comme Christine Jean-Strochlic (2008) ou Serge Lebovici (2004). Les orthophonistes sont les témoins des vicissitudes rencontrées par l'enfant immature affectif dans son ouverture au monde extra-familial. Dans les rubriques que nous avons nommées « Positionnement de l'enfant vis-à-vis des parents » et « Positionnement de l'enfant vis-à-vis de l'orthophoniste », on note une expression récurrente de la part des praticiens : l'attitude de l'enfant devant l'adulte « étranger ». Nos orthophonistes répondants semblent donc accorder une large place à la capacité pour l'enfant de nouer des relations aux autres. Cette défiance vis-à-vis de l'adulte étranger est normale dans le développement du jeune enfant. Comme le décrit Freud, elle est indissociable de l'angoisse du manque de « la personne aimée », sa mère. Cet affect relationnel s'estompe avec le développement psychique de l'enfant et l'accession à une relative autonomie. Dans le cas d'une immaturité affective, l'étranger est perçu comme facteur d'entrave à la réalisation de demandes et de désirs, satisfaits dans le milieu familial. Le monde extérieur inclut des contraintes que l'enfant n'est pas préparé à accueillir, son développement psychique devant être suffisamment mûr pour accepter cette dissonance cognitive, évoquée par Gibello. Les orthophonistes observent des comportements régressifs tendant vers des attitudes que l'on peut qualifier d'opposition passive : mutisme à l'égard du thérapeute, repli sur le « doudou » ou la « sucette », refus d'appliquer une consigne, autocentrisme. Les angoisses de séparation sont évoquées dans les réponses, entravant quelquefois le déroulement du bilan. Le monde étranger est vécu pour l'enfant comme hostile, dangereux, porteur de frustrations. Ainsi cette anxiété de séparation est-elle directement observable lors de l'anamnèse et au décours du bilan orthophonique. Elle est également révélée par les questions ayant trait au sommeil de l'enfant, questionnés par 71,2 % des orthophonistes. Le sommeil est en effet perturbé par une peur de l'abandon chez ces enfants, se traduisant par des cauchemars ou un sommeil agité. La question proposée pour l'anamnèse : « L'enfant dort-il dans son lit ? » a été jugée pertinente pour 90,4 % des orthophonistes. Ces réponses suggèrent l'importance accordée par les praticiens à l'autonomie de l'enfant, et à l'importance de son espace personnel. D. Marcelli, dans son ouvrage « L'Enfant, chef de la famille » (2003) souligne le rôle de la place accordée à l'enfant dans l'espace familial. L'enfant doit avoir l'aptitude à se détacher de l'espace proximal parental, et ce notamment lors des phases nocturnes. Pour cela, son autonomie a dû être encouragée. En outre, l'enfant doit intégrer une sécurité affective suffisante pour appréhender sans crainte son environnement. Comme décrit plus haut, les théories de l'attachement insistent sur l'influence de l'environnement relationnel comme structurant de la qualité future des relations intersubjectives. La personnalité de l'enfant se construit sur cette base de sécurité lui permettant de se représenter soi et les autres. Une dépendance affective gênera l'apparition des précurseurs pragmatiques indispensables à la construction de la pensée et à l'acquisition de compétences (Coquet, F., Roustit J., Ferrand, P., 2009). Dans cette perspective, 77 orthophonistes insistent sur les capacités pragmatiques et interactionnelles. 9 orthophonistes ont aussi évoqué dans leurs observations la construction de la pensée et le raisonnement. Ce

point nous semble fondamental tant le développement intellectuel est intimement lié au développement affectif. Bowlby (1973) parle de modèles internes opérants permis par le milieu affectif et les conditions de vie de l'enfant, qui lui permettront de développer des capacités d'adaptation à son environnement, passant par des stratégies de résolution de problème. Les orthophonistes évoquent le positionnement de l'enfant vis-à-vis des parents, mais également l'attitude des parents pendant l'entretien (anxiété, anticipation des désirs, proximité physique avec l'enfant, réponses à la place de l'enfant). Cela nous renvoie à la difficile question de la parentalité, évoquée plus haut. La place accordée dans le repérage de l'immatunité à l'histoire de vie de l'enfant (83,1 %) et à la vie familiale (68,4%) replacent bien l'enfant au cœur de son environnement. Si nous reprenons les données issues des travaux en psychologie du développement, il est indiscutable que les angoisses de séparation sont intimement liées à la relation précoce instituée dans la dyade mère-enfant. Or celle-ci sera fortement dépendante de l'histoire de vie de la mère et de ses propres représentations d'attachement (Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A, Kalfon, O., 2003). Plusieurs études constatent une corrélation entre les troubles anxieux de l'enfant et les états anxieux, voire dépressifs des parents (Inserm, 2009) L'anxiété de séparation peut être la conséquence d'un état anxieux de la figure d'attachement, qui ressent aussi cette peur de la séparation. L'enfant a peur pour sa mère, et pense recevoir de manière régulière le message d'un environnement extérieur nuisible à son bien-être.

Nous pouvons aussi évoquer les recherches effectuées par Baumrind (1971) sur le contrôle parental. Sans rentrer dans les détails de ces recherches, celles-ci identifient plusieurs types d'éducation parentale ayant des conséquences différentes sur le développement psychique de l'enfant. Ces styles parentaux sont définis à partir de quatre dimensions : « La fermeté et la clarté de la discipline ; les exigences quant à la maturité ; la qualité de la communication entre les parents ; l'enfant et l'engagement attentif et chaleureux ». Ces différentes dimensions permettent selon ses théories d'arriver à l'épanouissement psychique de l'enfant. Les exigences quant à la maturité induisent de laisser une place importante aux « encouragements » à l'autonomie. Ainsi des liens sont-ils établis dans la littérature entre le niveau de contrôle parental, la qualité de l'attachement et les compétences relationnelles, sociales de l'enfant. Des bilans de compétences-socles de la communication comme Dialogoris font état de « retard de langage interprété comme secondaire à un trouble de l'affectivité » (Antheunis et al., 2006). Les auteurs mentionnent une « immaturité affective en rapport avec une position très protectrice et très infantilisante d'un parent qui ne voudrait pas que son enfant grandisse ou qui a du mal à le laisser devenir autonome ». Fonagy et son équipe (1997) insistent dans leurs recherches sur les liens entretenus entre la fonction réflexive, base d'une cognition sociale, et la qualité de l'attachement. Les observations recueillies par les orthophonistes suggèrent l'influence de ces comportements parentaux de surprotection et d'hypercontrôle sur la capacité des enfants à rentrer dans des processus d'apprentissage. Le fait d'anticiper de manière systématique les désirs de l'enfant ne permet pas le besoin de demandes verbalisées, entravant ainsi le développement du langage du jeune enfant.

L'enfant, en proie à une peur de l'abandon et en situation de dépendance, développe des attitudes d'opposition, de repli, d'insatisfaction et d'intolérance à la frustration, décrites dans les réponses à la question ouverte sur les éléments d'observation. Ces attitudes décrites suggèrent le sentiment d'incapacité développé par ces enfants. Les notions de confiance en soi et d'estime personnelle sont centrales dans le processus car elles nécessitent de prendre une

indépendance psychique vis-à-vis des figures d'attachement. L'enfant ayant été encouragé dans son autonomie a une meilleure exploration de son environnement, de meilleures capacités d'initiative, encourageant sa confiance dans la découverte du monde et des autres. Son développement cérébral et intellectuel dépend de ces explorations assorties de stimulations adaptées, avec un langage et une attitude parentale respectant son âge et son niveau de développement. Comme le souligne Winnicott (1975), le développement de la pensée, encouragée par l'environnement, renforce les assises narcissiques et l'estime de soi.

Il est important de rappeler que la régression fait partie du développement normal de l'enfant, qui est amené à faire de fréquents allers-retours dans ses dynamiques affectives. Cela lui permet de renforcer ses assises narcissiques, pour poursuivre le processus d'investissement objectal (Golse, B., 2015). Ce sont les éventuelles répercussions sur le langage et la communication de l'enfant qui intéressent l'orthophoniste, l'immatunité psycho-affective n'étant pas pathologique en soi dans la dynamique développementale.

Nous avons choisi d'accorder une place à l'alliance parentale dans les questions anamnestiques proposées. La question a été jugée pertinente pour 64,6% des orthophonistes interrogés. La participation du père comme tiers séparateur est en effet un aspect souvent développé en psychologie de l'enfant, considérée comme indissociable du processus de développement de l'intersubjectivité. Pour accepter les personnes extérieures au milieu familial, il faut d'abord avoir accepté les deux figures parentales.

Les domaines de l'alimentation et de l'oralité sont également questionnés dans l'anamnèse pour 63,6% et 77,8 % des orthophonistes interrogés.

Notre enquête suggère ainsi une cohérence entre les pratiques professionnelles et l'analyse de l'immatunité psycho-affective dans la littérature. En effet, l'alimentation porte en elle une dimension symbolique particulièrement engagée dans les affects et la relation, « l'aliment étant porteur de sens » (Thibault, C., 2004). « La bouche étant le lieu du premier plaisir », l'oralité alimentaire du jeune enfant est intimement liée au développement de l'oralité verbale. Nous avons évoqué en partie théorique les stades de développement psychique de Freud, et l'importance du stade oral du développement psycho-affectif. Bowlby (1973) a décrit la succion comme une modalité essentielle d'attachement. Au cœur de la relation objectale, la bouche apparaît lors de l'allaitement comme un élément essentiel de l'interaction et du rapport à autrui. Cette période est une expérience orale positive essentielle, ce lien mère-enfant constituant les premiers échanges du bébé avec son milieu. L'oralité est ainsi fondatrice des bases de la communication du jeune enfant (Coquet, F., Roustit, J., Ferrand, P. 2009). Le passage à l'oralité secondaire, avec la cuillère et la mastication, peut être vécu chez certains enfants comme des facteurs d'angoisse les éloignant de la figure maternelle. Un espace personnel se recrée pour la mère, et le jeune enfant doit progresser vers son autonomie alimentaire en surmontant l'angoisse de séparation. Ainsi la qualité du sevrage est-elle essentielle dans le cheminement affectif. L'autonomie doit pouvoir être favorisée par la figure d'attachement, qui devra surmonter l'opposition. L'enfant peut en effet tester la domination qu'il peut avoir sur sa mère, par l'angoisse générée lorsqu'il ne mange pas, en maintenant dans cette opposition le lien fusionnel entretenu avec sa mère. En outre, l'oralité verbale, permise par ce passage indispensable de proximité mère-enfant, est aussi permise par un progressif désengagement de l'acte de succion. N.Abraham et M.Torok (1972) parlent du passage d'une « bouche pleine de sein à une bouche pleine de mots » (Thibault, C., 2004). Le jeune enfant doit faire l'expérience du vide intrabuccal pour investir pleinement son langage et pouvoir exprimer une demande de manière verbale. Dans ce cadre, la succion tardive de

l'objet intermédiaire que sont la sucette, la tétine ou le pouce, outre les conséquences sur le plan articulatoire, entraveraient des épisodes de pré-conversation, et de dialogue verbal spontané (Brochard, C., Laforgue-Ricard, E., 2002). Le phénomène de la « sucette-bouchon », utilisée pour calmer des épisodes d'agitation et d'angoisse, constituerait un frein au développement harmonieux du langage verbal (Antheunis et al., 2006).

60 orthophonistes, soit presque 20% des réponses libres, évoquent le jeu dans leurs éléments d'observation. Nous n'avons pas développé cet aspect dans la partie théorique. C'est en effet un élément incontournable de l'analyse clinique. Le jeu est un témoin essentiel de l'évolution développementale cognitive et affective de l'enfant. A. Freud (1976) décrit la séquence chronologique de l'activité de jeu dans le développement de l'enfant. Au début du développement, l'enfant a principalement des activités de type vidage/remplissage, emboîtements. Il manipule ensuite des objets mobiles en développant sa motricité. Puis l'enfant développe les jeux de construction, pour ensuite accéder au jeu symbolique et aux jeux d'imitation. Il prend progressivement plaisir à l'« achèvement de la tâche », lui permettant de transformer l'activité ludique en « aptitude au travail ». L'entrée dans les jeux nécessitant une règle est aussi une étape dans son processus cognitivo-affectif. Piaget (1954) évoque les différences de jeu dans les différents stades de développement, avec l'arrivée progressive de la pensée formelle. Le jeu est naturellement un révélateur des affects de l'enfant. Le type de jeu choisi peut ainsi être un indicateur d'une possible immaturité affective.

41 orthophonistes disent observer le langage non verbal de l'enfant. Il est indiscutable que l'analyse de cet aspect de la communication fait partie intégrante du tableau de développement de l'enfant. Les données issues du programme de recherches PILE (Programme international pour le langage de l'enfant), entrepris à l'hôpital Necker par B. Golse et V. Desjardins mettent en valeur l'importance de la communication analogique, à travers l'étude de différentes cohortes cibles. Le développement de la communication analogique et digitale apparaît étroitement corrélé à celui du langage verbal. Les résultats de ce programme rapprochent à nouveau la construction du langage de l'enfant et la qualité de la communication entre la mère et l'enfant. L'intersubjectivité, à l'origine de l'émergence de la parole, ne serait pas possible sans une communication analogique de bonne qualité avec la mère (Golse, B., 2004). L'enfant développe ainsi un langage verbal et un langage non-verbal dans une étroite intrication.

Nous avons ensuite voulu soumettre des questions anamnétiques aux praticiens, dont ils devaient juger la pertinence sur une échelle de 1 à 5. Nous y retrouvons les principaux thèmes développés précédemment, sous la forme de questions énoncées et formalisées. Nous constatons qu'entre 70 et 92% des orthophonistes interrogés jugent très pertinentes les questions évoquant : les angoisses de séparation ; le sommeil et le fait de dormir dans son lit ; une éventuelle relation fusionnelle avec la mère ; les habitudes de succion ; l'intolérance à la frustration ; l'utilisation d'un objet transitionnel ; la communication à l'extérieur du foyer familial ; le plaisir pris à des activités extrafamiliales ; les comportements d'opposition. On note dans les quatre derniers résultats : l'alliance parentale, jugée pertinente pour 64,6% ; les éventuels problèmes médicaux et épisodes de dépression chez la mère (59,7%) ; la durée de l'allaitement (44%) et le déroulement de la grossesse (42,1%). Nous constatons donc une large adhésion aux questions soumises. Cependant, ces résultats doivent être pondérés par la question suivante, portée sur le fait que les questions posées leur paraissent ou non intrusives ou inadaptées dans le cadre d'un bilan orthophonique. C'est le cas pour 34,3% des praticiens

interrogés. Cette proportion ne me semble pas négligeable et met le doigt sur la difficulté de la confrontation au terrain. Même si les réponses des orthophonistes suggèrent dans l'ensemble une connaissance des données d'observation et de repérage de l'immatunité psycho-affective, la mise en pratique concrète du questionnement anamnétique n'apparaît pas forcément chose aisée. Cela me semble devoir être mis en lien avec la difficulté de positionnement professionnel qu'éprouvent souvent les orthophonistes. Cette discipline récente, doit-on le rappeler, est à la frontière de nombre de disciplines telles que la médecine, la neuropsychologie, l'éducation, la psychologie, mais aussi la sociologie et la linguistique. Une confusion s'observe souvent chez les parents et les enseignants quant à nos responsabilités professionnelles. Si l'orthophonie s'inscrit bien dans le domaine du soin et du monde médical, le regard porté par les parents d'enfants ne renvoie pas toujours cette image au praticien, en particulier dans les cabinets libéraux. Selon Kerlan (2016), le terme même attribué à l'orthophoniste de « rééducateur » ajoute à la confusion, dans un contexte où l'enfant est fréquemment envoyé en consultation pour répondre à l'insertion dans une norme scolaire. Dans cette perspective, l'orthophoniste est vite considéré comme « superéducateur » ou « superpédagogue ». La profession d'orthophoniste est pourtant désormais ancrée dans le soin et les séances s'inscrivent dans ce que l'on nomme désormais une « thérapie orthophonique ». Si on reprend les mots de Kerlan, le soin permet d'inclure la relation thérapeutique. C'est à ce titre que le praticien doit légitimer une anamnèse fouillée prenant en compte l'histoire de vie du patient, dans sa dimension biologique, psychologique, sociologique et culturelle. En éthique soignante, on considère qu'une pathologie implique nécessairement plusieurs fonctions chez un individu. Même si la question du langage est centrale dans la consultation, une réflexion sur une origine psychologique ne peut être mésestimée (Kerlan, 2016). Le patient est à envisager dans son entièreté et sa singularité. Son développement n'a pu se faire qu'en relation avec son environnement de vie, qu'il nous est nécessaire de mieux connaître pour cibler notre action. L'orthophoniste doit ainsi assumer et légitimer sa fonction de thérapeute, et ainsi se permettre une anamnèse fouillée.

Il n'est bien sûr pas question ici de confondre notre anamnèse avec celle d'une anamnèse d'évaluation psychologique. Il s'agit de saisir l'individu dans toutes ses composantes et dans son milieu de vie, pour une meilleure compréhension du trouble. Dans le cas d'une origine psycho-affective, cette perspective peut permettre un partenariat efficace avec les autres partenaires professionnels, en premier lieu les psychologues. En ayant des outils plus efficaces de repérage des difficultés psycho-affectives, nous pourrions orienter l'enfant en consultation psychologique, voire pédopsychiatrique. Nous pouvons alors décider de différer notre action thérapeutique, ou d'envisager une co-prise en charge avec un psychologue.

Nous avons souhaité une analyse plus fine en interrogeant les orthophonistes sur les questions jugées plus précisément intrusives parmi celles proposées. La question : « Les deux parents paraissent-ils avoir une alliance parentale solide dans l'éducation de l'enfant ? » est celle jugée la plus intrusive ou inadaptée, à raison de 74,8% des réponses. Cette question touche en effet à la sphère intime du patient et de sa famille. De plus, contrairement à d'autres aspects, ce questionnement ne peut s'aider de l'observation directe des comportements, les deux parents n'étant pas nécessairement présents ensemble lors de l'anamnèse. Nous avons vu l'importance de cette alliance parentale dans le développement de l'enfant. Le rôle du père est fondamental dans le développement de l'altérité. Ces réponses suggèrent également la difficulté à faire coexister des théories sur le développement affectif de l'enfant avec les

changements structuraux de la cellule familiale depuis plusieurs décennies. Il est désormais plus difficile de pointer certains éléments tant les représentations symboliques ont changé. Le modèle familial a subi d'importantes mutations, des familles monoparentales aux parentalités homosexuelles, entraînant des remaniements nécessaires dans notre dialogue au patient. Le champ est ouvert dans les prochaines années pour l'étude de ces nouvelles représentations et la nécessaire adaptation du monde du soin à ces réalités diverses.

Nous retrouvons la difficulté de toucher à la sphère intime dans la question sur les problèmes médicaux et épisodes dépressifs touchant le parent. Selon Bernard-Bonnin (2004), la dépression parentale est un facteur de risque important dans le développement psycho-affectif de l'enfant. Elle influe sur le développement comportemental, cognitif, scolaire. Dans le cas d'immaturation affective, on constate chez certains enfants un attachement ambivalent, avec de fortes anxiétés de séparation. Dans certains cas, la mère a développé une attitude consistant à tenir son enfant comme objet de consolation, la poussant à entretenir une relation fusionnelle. Les questions sur une éventuelle relation fusionnelle avec l'enfant est en outre parue plus intrusive à 36,8% des orthophonistes interrogés.

Une dernière question portait sur les éventuelles remarques à apporter au questionnaire. 105 orthophonistes ont répondu à cette question libre. La majorité nous fait part de l'intérêt porté à notre recherche, ainsi que l'utilité d'avoir un outil à disposition. 8 expriment également leur souhait en matière d'accompagnement thérapeutique et de guidance parentale. Les conclusions du rapport de l'Académie de Médecine sur la Santé mentale de l'enfant, demandé en 2001 par le Président de la République, évoque le retard pris en France dans les thérapies de guidance parentale. L'éducation à la Parentalité semble plus développée chez nos voisins européens. L'accompagnement parental est une des missions désormais incluses dans le cahier des charges de la profession d'orthophoniste, et semble pourtant bien intégrée par certains praticiens répondants. Dans le cadre d'origines psycho-affectives décelées chez les enfants en consultation, le soutien aux parents semble nécessaire. Dans le cadre de troubles du langage associés à une immaturité psycho-affective, un partenariat avec les parents, leur permettant de soutenir au mieux leur enfant, s'inscrit dans les théories du développement et du rôle du milieu de vie.

22 orthophonistes, malgré leur intérêt pour la question, s'interrogent dans leurs remarques sur les conséquences d'un nouvel outil « normé » dans nos pratiques. Bien que cette proportion ne soit pas énorme au regard du nombre total de répondants, il semble important de réfléchir à cette question. La question de la norme est au cœur des pratiques de soin aujourd'hui. L'influence de la psychologie cognitive et des neurosciences a fait naître le besoin en orthophonie d'utiliser des outils valides, fidèles et normés scientifiquement. Ces outils sont utilisés en psychologie clinique de manière régulière. Il existe notamment des échelles sur le niveau d'anxiété, comme la R-CMAS (Échelle d'anxiété manifeste pour enfant révisée, Reynolds C.R., Richmond B.O, 1978) ou la MASC (Échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants, March, J.S, Parker, J., Sullivan, K., Stallings, P., Conners, C.K., 1997). Ils répondent au besoin d'avoir une mesure objective, reproductible et sensible permettant d'évaluer le plus justement possible un domaine, et de vérifier des hypothèses diagnostiques. Ils ne font bien sûr pas l'économie d'autres investigations, en particulier chez l'enfant, particulièrement influencé par son environnement.

Pour reprendre les réflexions de Canguilhem (1966), « le normal est une valeur de vie individuelle ». Le thérapeute garde à l'esprit que l'important reste dans la plainte du sujet, « l'expérience subjective » primant sur « la connaissance objective ». Nous proposons ici une

analyse d'un état affectif du sujet, ayant possiblement des retentissements sur son développement langagier. Mais comme le rappelle Grégoire (2011), nous nous devons d'avoir une utilisation appropriée des outils d'analyse et des « instruments adaptés aux sujets analysés ». L'utilisation d'une grille d'analyse en anamnèse orthophonique n'échappe pas à cette règle, en se devant d'être adaptée au contexte relationnel particulier en jeu, avec une observation en lien avec l'individualité du sujet. Cette réflexion s'insère de plus avec une acuité particulière dans le domaine que nous étudions ici . En effet, nous nous proposons d'analyser dans cette étude une réalité par essence mouvante et dynamique. Les enfants n'évoluent pas au même rythme et une éducation n'aura pas les mêmes retentissements chez tous les sujets. Sujet en prise directe avec son environnement, le jeune enfant naît aussi avec son propre « équipement », et son individualité propre n'est pas à négliger. De plus, comme nous le rappelle Maurice Tubiana dans son rapport à l'Académie de Médecine (2006), les parents sont souvent soumis à des injonctions quelquefois perçues comme contradictoires dans la société actuelle. L'évolution des normes sociales, sanitaires et sociales, désorientent la parentalité. Nous avons noté deux remarques des orthophonistes sur notre question sur l'allaitement. Ce dernier est désormais largement recommandé pour les mères, à la fois pour des raisons biologiques et affectives. Toutefois, un bon développement langagier impose de ne pas trop retarder le moment le « castration orale » (Dollander, M., De Tychey, 2002). De la même manière, nous gardons à l'esprit les débats sur les modèles parentaux, ces derniers n'ayant cessé d'évoluer sur les dernières décennies, engendrant une nouvelle réflexion sur les formes d'autorité acceptables dans notre société. Nous proposons ici un recueil d'informations, qui naturellement, ne peut faire l'économie de l'expérience clinique du praticien. Cette réflexion doit aider le praticien à se positionner dans l'analyse clinique, en percevant au mieux de possibles étiologies affectives aux dysfonctionnements langagiers de l'enfant.

Nous nous sommes confrontés dans cette étude à la difficulté de définir de manière précise et scientifique le concept d'immaturation psycho-affective. Les comportements liés à l'immaturation sont décrits dans la littérature mais plus rarement assortis d'âges précis. Les comportements sont décrits comme en décalage par rapport à l'âge du patient, laissant ainsi une certaine marge à l'interprétation du clinicien. Comme nous l'avons expliqué dans la partie théorique de notre étude, l'immaturation affective n'est pas isolée dans la nosographie actuelle de psychopathologie de l'enfant, mais elle est un symptôme d'autres troubles. Il est à cet égard intéressant d'avoir dans un premier temps recueilli l'expérience des cliniciens avant l'élaboration et la validation d'un outil à plus grande échelle.

Il y a quelques biais à relever dans l'élaboration de certaines questions du questionnaire. D'un point de vue purement statistique, l'utilisation d'échelles de Lickert entre 1 et 5 peut être critiquée. En effet, l'existence d'une valeur centrale sur assez peu d'items (5) peut inciter les répondants à choisir cette valeur centrale, pouvant ainsi signifier un « je ne sais pas » ou « je ne m'engage pas ». Toutefois, ce biais ne paraît pas remettre en cause l'essentiel de l'analyse, cette valeur ayant été peu renseignée, les réponses ayant été le plus souvent assez tranchées. Un autre biais de l'étude consiste dans le choix de recrutement de l'échantillon. Le choix d'un questionnaire en ligne sur un réseau social dédié permet de toucher rapidement et largement une population de répondants concernés par l'analyse. Toutefois, nous pouvons considérer que les orthophonistes répondants sont des personnes se tenant plus particulièrement informées dans leur exercice professionnel, ayant éprouvé le

désir de s'inscrire sur une plateforme d'échanges entre professionnels. D'un point de vue statistique, un tirage au sort au sein d'un territoire est jugé plus fiable.

Nous avons ensuite posé d'autres limites à cette étude, notamment dans l'élaboration du questionnaire. Le sujet concerne l'immaturation psycho-affective des enfants de quatre à dix ans, soit des enfants d'âge scolaire. Si les relations entre affectivité et apprentissage ont été développées dans la partie théorique, le questionnaire ne comprend pas d'items précis concernant les apprentissages scolaires. Gibello (1995) souligne l'influence de l'évolution affective dans les troubles de l'apprentissage, notamment par manque d'autonomie intellectuelle. L'enfant a des difficultés à mobiliser son attention et se représente mal le sens des acquisitions scolaires. La fragilité affective, comme nous l'avons vu précédemment, met l'enfant dans une situation de dépendance amenant à une mésestime de soi. L'immaturation, source de difficultés scolaires, crée alors un « rapport défensif à la connaissance » (Dumont, P., Dunezat, P., Prouff, J., Le Dez-Alexandre, M., 1995). De Ajuriaguerra (1980) mentionne ainsi les troubles affectifs comme une des étiologies possibles des troubles d'apprentissage de la lecture, avec des comportements de passivité, d'instabilité, d'opposition ou d'apathie. Au regard de ces données, nous aurions donc pu introduire dans ce questionnaire des items d'anamnèse sur des comportements vis-à-vis de l'autonomie, notamment dans la compréhension de consignes ou la réalisation des devoirs ; sur des comportements face à l'échec ou la frustration, comme les pleurs ou l'arrêt du travail ; sur les notions de réaction face à la nécessité d'un effort.

Un travail exhaustif aurait également mérité une réflexion supplémentaire sur les répercussions des événements de vie des familles pouvant créer des désordres affectifs chez l'enfant. En effet, des ruptures dans l'équilibre familial tels que le deuil ou la séparation des parents sont facteurs de désorganisation affective, créant de l'insécurité et engendrant des difficultés comportementales et de la passivité. L'enfant peut trouver dans le refus de grandir un sentiment de réassurance le maintenant dans une certaine sécurité.

Une recherche sur ce concept d'immaturation affective a été très bien accueillie par les orthophonistes répondants. Les remarques finales soulignent majoritairement l'intérêt pour le sujet et le désir d'avoir un outil à disposition pour déceler une immaturation psycho-affective. À la question « Ce questionnaire vous a-t-il permis d'avoir une réflexion sur vos pratiques professionnelles ? », les orthophonistes ont massivement répondu « Oui » à 85,1%. Notre questionnaire, par des mises en lien entre troubles affectifs et développement langagier, a permis pour les professionnels d'engager une réflexion quant à la conduite de leurs anamnèses. Dans les métiers où s'engage fortement la relation humaine, le concept de praticien réflexif a été mis en valeur par Schön en 1994 (Bouissou, C., Brau-Antony, S., 2005). Notre étude a permis de mettre en rapport des savoirs théoriques et des pratiques professionnelles. Les analyses de pratiques professionnelles permettent aux praticiens eux-mêmes de faire des liens entre leurs connaissances et la pratique clinique dans leur exercice professionnel. Le fait même de se questionner sur une problématique professionnelle instaure une posture réflexive, permettant de dépasser ses habituelles « grilles de lecture ». Comme le soulignent Lafortune et Dury (2012), la finalité d'un acte de formation doit comprendre un enseignement constructif sur le sujet, mais aussi permettre une démarche métacognitive. Nous avons également souligné dans notre questionnaire les notions d'intrusivité ou d'inadaptation de certaines questions. Ces dernières ne doivent pas faire l'économie du contexte relationnel, et par là-même envisagées de pas être posées si le praticien estime le contexte inadéquat. Ceci

étant formalisé, il ne faut pas oublier le rôle que peut jouer l'anamnèse dans la relation thérapeutique, ainsi que dans la réflexion du patient lui-même, amené à verbaliser ses troubles. L'anamnèse est la première étape d'une participation active du patient. Dans le cas d'une immaturité psycho-affective et d'un éventuel accompagnement parental, les questions anamnestiques permettent une réflexion ouvrant la voie à un partenariat constructif entre les thérapeutes, l'enfant et la famille.

Conclusion

Ce travail a été conçu comme un préalable indispensable à la création d'un outil visant à identifier l'immaturité psycho-affective lors du bilan orthophonique. Une revue de littérature a été élaborée pour préciser le concept d'immaturité affective et de « retard affectif ». Les différentes théories du développement affectif, rappelées dans le contexte théorique nous permettent grâce aux recherches plus récentes de préciser les notions sous-tendues par l'immaturité affective. Cette démarche a permis de préciser les comportements en jeu et leurs conséquences sur le langage, la sociabilité et les apprentissages. Le questionnaire d'analyses de pratiques professionnelles montre une maîtrise des orthophonistes du concept d'immaturité psycho-affective et de ses principaux traits cliniques. Les réponses apportées par les orthophonistes ont permis un éclairage de terrain, nous permettant d'avoir un tableau clinique des diverses situations rencontrées en consultation orthophonique. Ces derniers semblent préoccupés dans leur exercice professionnel par les retentissements affectifs sur les troubles instrumentaux. Ils expriment leur intérêt pour le sujet, et le désir d'avoir des outils leur permettant de mieux identifier un retard affectif chez leurs patients. Les données théoriques et l'analyse des réponses au questionnaire ont permis de dégager les problématiques liées à la parentalité. Les orthophonistes ont pu exprimer les réserves qu'ils avaient dans le fait d'interroger de manière trop intime les sujets liés à la parentalité, aux éventuelles souffrances mentales des parents et à l'histoire familiale. Ils se positionnent néanmoins dans une vraie démarche de thérapeute, en manifestant le besoin de formation et d'outils leur permettant de mener une démarche anamnestique plus fouillée.

Cette recherche a quelquefois été fastidieuse, la notion d'immaturité psycho-affective ne recouvrant pas une entité nosographique isolée, sous-tendant une définition consensuelle. Bien qu'étant clairement identifiée dans la littérature, la définition d'immaturité psycho-affective se heurte à une symptomatologie mouvante, liée au développement dynamique de l'enfant.

Nous espérons que les recherches seront poursuivies jusqu'à la création d'un outil cohérent et validé. La création d'outils d'investigation en bilan orthophonique permet aussi de replacer les dysfonctionnements dans le cadre du développement neuromoteur, affectif, cognitif et langagier de l'enfant. Car il est difficile de séparer le « comportement du développement » (De Ajuriaguerra, J., 1980). Dans la démarche du bilan orthophonique, cet outil devra s'insérer dans la globalité de l'analyse, en gardant à l'esprit la singularité de l'individu et son environnement.

Bibliographie

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist/4-18 and Child Behaviour Profile*, Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- De Ajuriaguerra, J. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'Enfant*, 2^{ème} édition. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., Roy, S. (2006). *Dialogoris 0-4 ans Orthophoniste* Edition Com-Médec, Nancy.
- Aucouturier, B. (2017). Agir, jouer, penser : Étayage de la pratique psychomotrice éducative et thérapeutique. Paris : De Boeck Supérieur. p. 49-51.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*.
- Bentolila, A. (2010). Verbe et image. *Le Carnet PSY*, 144,(4), 25-28. doi:10.3917/lcp.144.0025
- Berger, M. (2013). *Les troubles du développement cognitif: Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Dunod.
- Berger, J.-L., & Büchel, F.P. (2013). *L'autorégulation de l'apprentissage. Perspectives théoriques et applications*. Nice, France : Les éditions Ovadia.
- Bernard-Bonnin, A. (2004). La dépression de la mère et le développement de l'enfant. (2004). *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 589-598.
- Boimare, S. (2014). *L'enfant et la peur d'apprendre*. Paris: Dunod.
- Bouissou, C., Brau-Antony, S. (2005). Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques. *Carrefours de l'éducation* 2005/2, n°20, p.113-122. Doi : 10.3917/cdle.020.0113
- Bowlby, J. (1973/1979). *Attachment and loss : Separation*. London : Basic Books.
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte: Volume 1 – L'attachement*. (Kalmanovitch, J.) Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.bowlb.2002.02.
- Brochard, C. & Laforgue-Ricard, É. (2002). La « kékine » Tétine et orthophonie. *Spirale*, n° 23,(3), 39-43. doi:10.3917/spi.023.0039
- Canguilhem, G. (1966/2013). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.cangu.2013.01
- Charbonneau, C. (2010). *Immaturité et conscience de rôles*. Abstract Psychiatrie.
- Chiland, C. (2004). 10. Epistémologie et psychologie génétiques. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dir), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp. 127-144). Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.0127
- Coquet, F. (2002). Le bilan de langage oral. *Rééducation orthophonique N°212- Le bilan orthophonique*, 13-42.
- Coquet, F., Roustit, J., Ferrand, P. (2009). *EVALO 2-6 (Batterie d'évaluation du langage oral pour les enfants de 2 à 6 ans)*. Orthoédition.

- Decobert, S. & Riquier, M. (2004). 164. L'école élémentaire: L'échec scolaire. L'enseignement spécialisé. La coopération avec les services médico-psychopédagogiques et l'intégration. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dir), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp. 2809-2830). Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.2807
- Delforge, J., Hayez, Vaneck, L. (1972). Approche clinique des personnalités prégénitales chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatrie Enfant* ; 15(2) :398-459
- Diatkine, R. (2004). 41. La place de l'étude du langage dans l'examen psychiatrique de l'enfant. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dir), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : 4 volumes* (pp. 653-657). Paris : Presses Universitaires de France. doi :10.3917/puf.diatk.2004.01.0653
- Dollander, M. & de Tychev, C. (2002). Éducation et difficultés de la parentalité :: La psychanalyse peut-elle apporter un éclairage ?. *Dialogue*, n° 157,(3), 87-98. doi:10.3917/dia.157.0087
- Doutheau, C., Dubertret, C., Moutin, P., Barrois C.,(1985). L'immaturation affective du jeune adulte, à propos de 100 observations. *L'information Psychiatrique* ; 61 :1029-39.
- Dubois, G., (1988). L'enfant et son thérapeute du langage : une autre approche de la rééducation. Paris :Masson.
- Dumont, J.P., Dunezat, P., Prouff, J., Le Dez-Alexandre, M. (1995). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Heures de France*, 346-347.
- Dupont, AC., Gatignol, P. (2015). Émotions, Cognition et Communication. Paris. Orthoéditions.
- Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66,(2), 14-22. doi:10.3917/ep.066.0014
- Fivaz-Depeursinge, É. (2003). L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire. *Thérapie Familiale*, vol. 24,(3), 267-273. doi:10.3917/tf.033.0267
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflexive function : Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9.
- Freud, A. (1976). L'enfant dans la psychanalyse, trad. Fr. Widlöcher D., Binoux F, Calothy, M.C., Paris, Gallimard.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexual-theorie, GW, 5, trad.fr., 1962 ; Trois essais sur la théorie de la sexualité, Paris, Gallimard.
- Frenkel, S. (2014). Métacognition et réussite scolaire : Perspectives théoriques. *Psychologie, Education et vie scolaire : Psychologie et vie quotidienne*. Publibook Université.
- Gellman-Garçon, E. (2007). Le mutisme sélectif chez l'enfant :un concept trans-nosographique. *Revue de la littérature et discussion psychopathologique. La psychiatrie de l'enfant*, vol. 50, (1), 259-318. doi :103917/psye.501.0259
- Gibello, B. (1995). La pensée décontenancée. Paris : Bayard.
- Gibello, B. (2004). 11. Introduction à la psychologie cognitive. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dir), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp.145-171). Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.0145
- Golse, B. (2004). 12. La naissance des représentations. Conceptions psychanalytiques. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dir), *Nouveau traité de psychiatrie de*

- l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp. 173-188). Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.0173
- Golse, B. (2015). Le développement affectif et cognitif de l'enfant, 5^{ème} édition. *Médecine et psychothérapie*, Elsevier Masson.
- Golse, B. (2012). Entre neurosciences et psychanalyse: Un dialogue enfin possible et qui pourtant dérange.... *Adolescence*, 80,(2), 269-285. doi:10.3917/ado.080.0269
- Grégoire, J. (2011). La psychométrie est-elle compatible avec l'éthique ? *Rééducation Orthophonique* 247. Isbergues, 33-43.
- Gutton, P. (2006). Parentalité. *Adolescence*, 2006/1 (n°55), p. 9-32. Doi : 10.3917/ado.055.0009
- Hayez, J.Y. (2003). Introduction à la psychopathologie et à la psychiatrie de l'enfant. *Psy*, Université catholique de Louvain, Diffusions universitaires. <http://www.jeanyveshayez.net/517-sy01.htm>
- Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). (2009). Rapport sur la Santé de l'enfant : Propositions pour un meilleur suivi. Paris. <http://hdl.handle.net/10608/90>
- Jean-Strochlic, C. (2008). Du cerveau à la pensée. *Revue française de psychanalyse*, vol. 72,(3), 805-811. doi:10.3917/rfp.723.0805
- Jones, E. (1969) . Théorie et pratique de la psychanalyse. Paris : Payot.
- Kerlan, M. (2016). Éthique en orthophonie, le sens de la clinique. Paris : De Boeck Supérieur.
- Klein, M. (1986). La psychanalyse des enfants. Paris, PUF, « Bibliothèque de Psychanalyse ».
- Lafortune L., Mongeau, P. (2009). L'affectivité dans l'apprentissage. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Lafortune, L. (2012). Une démarche réflexive pour la formation en santé, un accompagnement socioconstructiviste. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Lainé, A. (2016). L'orthophonie, entre les contraintes de la langue et la liberté de la parole. Dans I. Ali & C. Wolf (Dir), *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste* (pp. 25-58). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.ali.2016.01.0025
- Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment : Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, vol. 21,(1), 31-60. doi:10.3917/dev.091.0031
- Lebovici, S. (2004). 5. Approche familiale. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dir), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp. 45-74). Paris: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.diatk.2004.01.0045
- Leloup, G. (2007). De la nécessité d'un cadre méthodologique d'étude du langage oral. *Rééducation orthophonique* N°231-Le bilan de langage oral de l'enfant de moins de six ans, 11-21.
- Loas, G. (2013). 23. La personnalité dépendante. Dans J. Guelfi & P. Hardy (Dir), *Les personnalités pathologiques* (pp. 180-191). Cachan, France: Lavoisier. doi:10.3917/lav.guelf.2013.01.0180
- Mahler, M. (2001). *Psychose infantile : symbiose humaine et Individuation*, Paris, Payot.
- Marcelli, D., Cohen, D. (2006). Cabinet de lecture. *Enfances & Psy*, n° 33,(4), 162-166. doi:10.3917/ep.033.0162

- Marcelli, D. (2003). L'enfant, chef de la famille-L'autorité de l'infantile. Paris : Albin Michel.
- March, J.S, Parker, J., Sullivan, K., Stallings, P., Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n°36.
- Marcilhacy, C. (2006). L'apprentissage de l'écriture comme mise à l'épreuve du processus d'individuation-séparation. *Psychologie clinique et projective*, 12,(1), 323-348. doi:10.3917/pcp.012.0323
- Martin, S. (2000). L'accompagnement familial : Formation des parents et des intervenants. Rééducation orthophonique N°203-L'accompagnement familial, 5-10.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A. & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, vol. 15,(2), 143-177. doi:10.3917/dev.032.0143
- Misès, R. (sous la direction de). (2012). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adulte. Rennes. Presses de l'EHESP.
- Missonnier, S. & Boige, N. (2003). Psychanalyse de la succion, clinique de la sucette. *Champ psychosomatique*, n° 29,(1), 9-35. doi:10.3917/cpsy.029.0009
- Mistycki, V. & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 89,(2), 43-51. doi:10.3917/rsi.089.0043
- Organisation mondiale de la santé, OMS. (1994). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, traduction française. Paris. Masson.
- Piaget, J. (1954). Les relations entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement normal de l'enfant, Paris, Centre de documentation universitaire.
- Pirard-Le Poupon, J. (2006). L'apprentissage aujourd'hui : une objectivation de l'enfant. *La clinique lacanienne*, n° 10,(1), 11-20. doi:10.3917/cla.010.0011
- Potier, R. (2006). Eloge de l'immatunité. *Topique*, n° 94,(1), 57-72. doi:10.3917/top.094.0057
- Purper Ouakil, D., Gasman, I., Bouvard, M., Michel, G., Perez-Diaz, F., Mouren-Simeoni, M.-C. (2002). Évaluation du tempérament de l'enfant d'âge scolaire : adaptation française du questionnaire des dimensions de tempérament révisé (DOTS-R), relations entre évaluateurs, entre instruments de mesure et liens avec la psychopathologie. *Annales médico-psychologiques*, n°160.
- Reynolds, C.R, Richmond, B.O. (1978) What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *J. Abnorm. Child. Psychology*, n°6.
- Rosenbaum, F. (1997). Approche transculturelle des troubles de la communication. Langage et migration. Masson.
- Seillier, A., Loas,G., Fréville, C. (2001). Etude de l'immatunité psycho-affective chez un groupe de 83 malades psychiatriques. *Ann Méd Psychol* ; 159 :38-42.
- Speranza, M. & Ouss-Ryngaert, L. (2010). La psychologie du développement et les théories psychanalytiques du développement : le problème de l'inférence et de la cohérence épistémologique. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 53,(1), 5-29. doi:10.3917/psy.531.0005
- Stoléro, S. & Lebovici, S. (2004). 22. L'interaction parent-nourrisson. Dans S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Dir), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*: 4.

- Tagliatela, C. (2014). Identités de rôle et personnalités pathologiques : le Typus Melancholicus et la désinvolture. Séminaire de Daseinsanalyse. Ecole française de Psychanalyse. Paris. Archives Husserl.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz. (2003). Attachment representations in school-age children : The development of the child attachment interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29(2), 171-186.
- Thouret, D. (2004). La parentalité à l'épreuve du développement de l'enfant: Approche psychanalytique. Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.thour.2004.01
- Trevarthen, C., Aitken, AJ. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 4(15) :309-428.
- Touzin, M. (2010). Le langage troublé. *Enfances & Psy*, 47,(2), 107-114. doi:10.3917/ep.047.0107.
- Thibault, C. (2004). Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. Rééducation orthophonique N°220, 5-9.
- Thibault, L. (2011). Troubles sémantiques et pragmatiques du langage : intérêt de l'analyse linguistique en psychiatrie et cadres pathologiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 260-265. Elsevier Masson.
- Thomas, J., Vaz-Cerniglia C., Willems, G. (2011). Troubles de l'Attention chez l'enfant. Prise en charge psychologique. Elsevier Masson.
- Tubiana M. (2006). Santé mentale de l'enfant. Conclusions du rapport à l'Académie de médecine. *VST-Vie sociale et traitements* 2006/3 (n°91), p. 116-143. Doi : 10.3917/vst.091.0116
- Vygotski, L., (1934) Pensée et Langage. Dans *Revue Française de Pédagogie* (1998), Vol 122, 188-189.
- Wallon, H. (1945). Les origines de la pensée chez l'enfant, Paris. PUF.
- Weiss, R.S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the lifecycle*. (pp.66-76) New York: Routledge.
- Weiss, R.S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the lifecycle*. (pp.66-76) New York: Routledge.
- Welniarz, B. (2001). Approche psychopathologique des troubles graves du langage oral chez l'enfant. ANAE.
- Windle, M., Lerner, R. (1986). Reassessing the dimensions of temperamental individuality across the life-span: the Revised Dimensions of Temperament Survey (DOTS-R). *Journal of Adolescent Research*, n°1, p.213-230.
- Winnicott, DW., (1975). Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris. Gallimard.
- Witko, A., Mollat, A. (2009). Des images aux mots : une approche des troubles spécifiques du langage à partir d'un partenariat orthophoniste/psychologue du développement. *Développements*, 2, (2), 35-47. Doi : 10.3917/devel.002.0035

Liste des annexes

Annexe n°1 : Questionnaire à destination des orthophonistes : questions 1 à 9

Annexe n°2 : Questionnaire à destination des orthophonistes : questions 10 à 15

Annexe n°3 : Questionnaire à destination des orthophonistes : question 16

Annexe n°4 : Questionnaire à destination des orthophonistes : question 16 suite et 17

Annexe n°5 : Questionnaire à destination des orthophonistes : questions 18 à 22

Annexe n°6 : Courrier accompagnant le questionnaire sur Orthos-infos

Annexe n°7 : Cadre d'exercice des orthophonistes de l'échantillon

Annexe n°8 : Régions et pays d'exercice des orthophonistes de l'échantillon

Annexe n°9 : Années d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste des individus de l'échantillon

Annexe n°10 : Centres de formation des orthophonistes de l'échantillon